Н.С. Вислобокова

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

2009

УДК 159.9:616(075.8)
ББК 88.481я73
В53

Автор: профессор кафедры психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова», доктор педагогических наук, член-корреспондент БАО **Н.С. Вислобокова**

Р е ц е н з е н т:
доцент кафедры психологии УО «МГУ им. А.А. Кулешова»,
кандидат психологических наук *Т.В. Котлярова*

В настоящее учебно-методическое пособие входит краткий курс лекций по медицинской психологии, небольшой словарь специальных терминов, таблицы. Перечисленные составляющие помогут студенту – не-медику овладеть обобщенным терапевтическим знанием медицинской психологии.

Учебное издание рассчитано на практических психологов, социальных работников, а также предназначено для студентов, изучающих медицинскую психологию.

УДК 159.9:616(075.8)
ББК 88.481я73

С О Д Е Р Ж А Н И Е

ВВЕДЕНИЕ

Являясь пограничной наукой между психологией и медициной, медицинская психология имеет главной целью – помощь страдающему человеку, естественно, используя при этом известный лозунг – не навреди.

Не вдаваясь в дискуссию о причинах появления медицинской психологии, заметим, что, безусловно, медицинскому психологу необходимы знания в области психологии. Цель одна – помочь пациенту, помочь человеку, личности. И если медицинская психология ориентируется на психологические знания, чтобы решить медицинские проблемы, в основном она ориентируется на психологические знания с тем, чтобы воздействовать на преморбидные особенности личности и помочь личности справиться с ее проблемами.

Отмечая самую непосредственную связь медицинской психологии с рядом смежных наук, типа психосоматической медицины, в то же время учитываем и то, что медицинская психология должна в полной мере использовать знания психологической медицины, и при психовоздействии на больного доминантными будут психологические знания (особенности личности, потребности, мотивы и т.д.) и психоинтервенции.

Безусловно, четко прослеживается связь медицинской психологии с патопсихологией, но, конечно же, не отождествляем патопсихологию и психопатологию, ибо медицинская психология занимается, как известно, психическими расстройствами (функционального или органического происхождения), а не заболеваниями. Говоря о психотерапии, обращаем внимание на то, что поскольку психоинтервенция не может не составлять психотерапевтическое воздействие, постольку и медицинская психология, составляющей кото-

рой и является интервенция, не может не включать как один из разделов (глав) психотерапию.

Исходя из сказанного выше, можно определить знания, которыми должны владеть медицинские психологи:

- общенаучные психологические и медицинские знания;
- факторы, влияющие на развитие, коррекцию нарушений, социализацию личности;
- современные подходы и методы психологической и медицинской диагностик;
- теории психологического и клинического экспериментов;
- основы нейропсихологии, патопсихологии, психотерапии;
- основные концепции психосоматических отношений;
- психология экстремальных и кризисных состояний;
- психологические аспекты лекарственной и нелекарственной терапии;
- основы психологической экспертизы;
- теоретические, методологические и методические подходы в реабилитации.

I. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. ПОНЯТИЕ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ». ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ. СТРУКТУРА

Зарождение медицинской психологии относят к концу XIX века, когда американец ***Лайтнер Уитмер*** (1867–1956) (учился в Лейпциге у Вундта) основал первую психологическую клинику и первый специальный клинико-психологический журнал. В России первая лаборатория экспериментальной психологии была открыта ***В.М. Бахтеревым*** в 1885 году в Казанском университете.

Хельпах (Германия) в середине XX века издал труд по психологии, имея в виду психологию соматической медицины (1946 г.).

Прогрессивное развитие медицинской психологии есть результат развития нейропсихологии, патопсихологии, психосоматики и других смежных дисциплин.

Основные факторы, обуславливающие динамику развития психологии, следующие:

– усиление роли нервно-психических факторов в возникновении болезни;

– тенденция к гуманизации современной медицины, ее психологизация;

– профилактическая направленность здравоохранения, требующая активного участия медицинской психологии.

Медицинская психология – это наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических взаимовлияний (по В.Д. Менделевичу).

Объект исследования медицинской психологии – страдающий больной человек, нуждающийся в помощи. Не навреди – заповедь медицины психологии.

В приоритетном для нас определении медицинской психологии используются два понятия: *расстройство* и *вид расстройства* (психическое и соматическое), которые можно представить следующим образом.

Мы говорим психические расстройства, а не психические болезни, потому что болезнь подразумевает некое единство симптомов и характера течения, обусловленное биологическими процессами, что в большей мере относится к соматическим нарушениям. При психических же нарушениях подобные соответствия хотя и имеют место, но не всегда ярко выражены. Поэтому представляется наиболее целесообразным использовать понятие «психическое расстройство». Безусловно, медицинская психология занимается в первую очередь психическими расстройствами, однако сюда можно отнести и психические проявления при соматических заболеваниях, так как многие проблемы при психических и соматических расстройствах (заболеваниях) соотносимы. Нельзя при соматических заболеваниях не учитывать условия возникновения заболевания, психические факторы риска, вербальные описания различного рода слуховых, зрительных воздействий. Уже само наличие таких понятий, как психофизиология, психопатология, психосоматика говорит о том, что разные плоскости (психическая и соматическая) пересекаются друг с другом, подводя к проблеме взаимоотношений души и тела. Для медицинской психологии могут быть применимы две позиции, определяющие эти отношения: концепция комплементарности Фаренберга[1] и эмерджентная[2] концепция Бунге. Концепция комплементарности исходит из того, что психическое и соматическое взаимно дополняют друг друга и могут быть использованы для описания жизненных процессов более высокого уровня.

В концепции эмерджентного психонейронального монизма Бунге подчеркивается, что психические феномены и ментальные процессы присущи организму, но не существуют без нейробиологических основ. Психические проявления, по Бунге, есть эмерджентные свойства, являющиеся продуктом ЦНС и не сводимые к деятельности только головного мозга. При этом не отрицается, что эмерджентные состояния могут влиять на физические состояния.

Обе позиции, как видим, имеют мультимодальную основу, т.к. каждое расстройство, болезнь можно расположить и в соматической и в психической плоскостях, также и психические расстройства можно расположить и в психической, и в соматической плоскостях. Разделение расстройств на психические и соматические относительно, ибо оно акцентирует внимание на одной плоскости данных, которая в настоящий момент доминирует.

По мнению ряда ученых (М. Перре, У. Бауман), медицинская психология пересекается с другими дисциплинами: поведенческая медицина, медицинская психология, клиническая нейропсихология, психология здоровья, психиатрия.

[1] Комплементарность – растворение, растворимость.
[2] Концепция, согласно которой возникновение нового является непознаваемым.

Медицинская психология и смежные дисциплины

Дисциплина	Определение	Собственное проф. наименование
Клиническая психология	Частная психологическая дисциплина, которая занимается психическими расстройствами и психическими аспектами соматических расстройств/болезней. Включает следующие аспекты: этиологию (анализ условий возникновения), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (психопрофилактику, психотерапию, реабилитацию, здравоохранение, оценка)	Есть (для психологов). В Австрии существует правовое обеспечение клинических психологов
Поведенческая медицина (behavioral medicine)	Междисциплинарная и прикладная область. В своем подходе к проблемам здоровья и болезней ориентируется на биопсихосоциальную модель. В ее рамках осуществляется синтез достижений науки о поведении и биомедицинских наук, призванный помочь успешному решению проблем здоровья – болезни и использованию этих достижений в профилактике, интервенции	Нет
Медицинская психология	Применение знаний и методов психологии для решения проблем медицины. На первом плане психоанализ отношений врач–пациент	Нет
Клиническая нейропсихология	Клиническая нейропсихология – частная психологическая дисциплина, которая изучает влияние локальных поражений головного мозга на эмоции и поведение	Есть (для психологов)
Психология здоровья	Частная психологическая дисциплина, которая занимается профилактикой и охраной здоровья, совершенствованием системы здравоохранения	В стадии разработки. В Австрии существует правовое обеспечение деятельности специалистов по психологии здоровья
Общественное здравоохранение	Междисциплинарная область исследовательской и практической деятельности, занимающаяся повышением общего уровня здоровья населения (профилактика, продление жизни, улучшение самочувствия) посредством общественных мероприятий или посредством влияния на здравоохранение в целом. Речь идет о системном подходе в расчете на все население	В стадии разработки (в частности для психологов)
Психотерапия	Частная медицинская дисциплина, которая занимается психическими болезнями: особое внимание уделяет биологическим акцентам. Включает составляющие: этиологию (анализ условий возникновения), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (профилактику, психотерапию, реабилитацию, здравоохранение, оценка)	Есть (для медиков при обозначении врачебной специальности)

Говоря о смежных дисциплинах, нельзя обойти вопрос об отношениях понятий «клиническая психология» и «психотерапия».

С одной стороны, мы видим, что психотерапия считается частной областью клинической психологии. В более узком смысле психотерапия – часть интервенции, следовательно, характеризуется специфичностью методов психологического исследования и воздействия, а значит может иметь место и при соматических заболеваниях/расстройствах. В то же время особая близость психологии и психотерапии нередко оспаривается медициной, которая считает психотерапию более близкой с медициной, основным аргументом при этом считается то, что лечением больных занимается медицина, почему и право заниматься психотерапией принадлежит медикам. Некоторые психологи (глубинная психология) также считают психотерапию специальной дисциплиной, которая использует знания психологии, медицины, философии. Отсюда и требование специальной профессиональной подготовки. В научном отношении связь психотерапии с психологией очень важна. Нельзя забывать и о том, что в плане интервенции психология обладает компетенцией, выходящей за рамки психотерапии, и эту компетенцию следует сохранять и развивать.

История медицинской психологии

Как уже было сказано, в конце XIX века Вильгельм Вундт основал институт экспериментальной психологии в Лейпциге, в котором обучались те психологи, сегодня считаются основателями медицинской и клинической психологии, среди которых был американец Лайтнер Уитмер (1856–1936). Работал потом в США в Пенсильвании, в университете.

Из лаборатории Вундта вышел и немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856–1926), который пытался применить экспериментальные подходы, используемые в психологии, к решению проблем психиатрии.

Большую роль в развитии медицинской психологии сыграл З. Фрейд (1856–1939), открыв сферу психиатрии для не-медиков и значительно расширил сферу психологического воздействия при различного рода психических расстройствах.

В первой половине XX века медицинская психология была представлена следующими областями науки:

- ***Психодиагностика***. Вопросы клинической психологии решались в основном в сфере психодиагностики. Существенный вклад в развитие внес Бине, один из создателей диагностики интеллекта. Военные события также способствовали развитию психодиагностики.
- ***Педагогическое консультирование***. На базе психодинамических подходов Фрейда и Адлера, клинико-психологических раз-

работок Уитмера были созданы консультационно-педагогические центры (Пенсильвания, 1896; Вена, 1919; Мюнхен, 1922). Наряду с психотерапией, глубиннопсихологической ориентацией педагогическое консультирование долгое время оставалось единственной областью интервенции, открытой для психологов. Иногда эта деятельность называлась *психагогика*, что подразумевало активную интервенцию, ограниченную сроком и применявшуюся при психических расстройствах и нарушениях поведения.

- ***Психологическая интервенция*** (и особенно психотерапия). Начиная с конца XIX века психотерапией получили право заниматься и глубинные психологи. Научная психология нередко не считалась с глубинной психологией; в результате специалисты по глубинной психологии нередко ассоциировались не с психологией, а с психоанализом. Следовательно, психотерапия не считалась прикладной дисциплиной психологии.

В развитии медицинской психологии большое значение имели исследования В.М. Бехтерева, А.Ф. Лазурского, И.П. Павлова, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищева, С.Я. Рубинштейна и др.

Таким образом, подытоживая информацию, нами предложенную, можно сказать следующее:

1. Усиление роли нервно-психических факторов в возникновении расстройств, заболеваний, психологизация современной медицины, внимание к профилактике заболеваний явились основными причинами того, что в конце XIX века, в основном же в середине XX века о себе заявляет наука, предназначение которой – помочь больному пациенту не медицинскими методами, а методами, лежащими в области психологии.
2. Анализируя определение медицинской психологии, думается, можно утверждать, что медицинская психология – это частная психологическая дисциплина, которая занимается психическими расстройствами и психическими аспектами соматической болезни; включает следующие аспекты: классификацию, диагностику, этиологию, эпидемиологию, интервенцию (психопрофилактика, психотерапия, реабилитация, здравоохранение).

1.2. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ. ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Определение болезни и здоровья

В медицинской психологии понятие «болезнь» используется для характеристик таких состояний, которые уже не выглядят нормальными, а потому нуждаются в особом объяснении. Это могут быть уже заметные или чувствуемые изменения в самочувствии (в первую очередь боли), в поведении и работоспособности определенного человека, которые не характерны для него обычно. В обычной жизни они могут возникнуть вследствие каких-либо событий.

Измененные обстоятельства в таком случае являются причиной изменений в самом человеке, его организме. В таких случаях человек и сам называет и чувствует себя больным, другие же просто жалуются на плохое самочувствие. В целом же, болезнью называют то, что индивид «имел на самом деле», а именно конкретное негативное изменение в нем самом.

Но кроме психологического (плохое самочувствие) и телесно-биологического аспектов (болезнь), существует и социальный аспект, т.е. поведение больного (больное поведение) становится воспринимаемым и окружающими, тем самым оно превращается в социальное явление. В какой мере эти изменения кажутся со стороны следствием «не могу», а не «не хочу» – в такой мере данный индивид рассматривается как больной. В результате с ним соответственно и обращаются: сострадают, помогают и т.д. В то же время больной обязан беречь себя, стараться выздороветь, посещать врача и выполнять его предписания. Социологи называют эту систему измененных ожиданий «ролью больного», которая приписывается заболевшему человеку. Таким образом, понятия «больной», «болезнь» заключают в себе три разные перспективы:

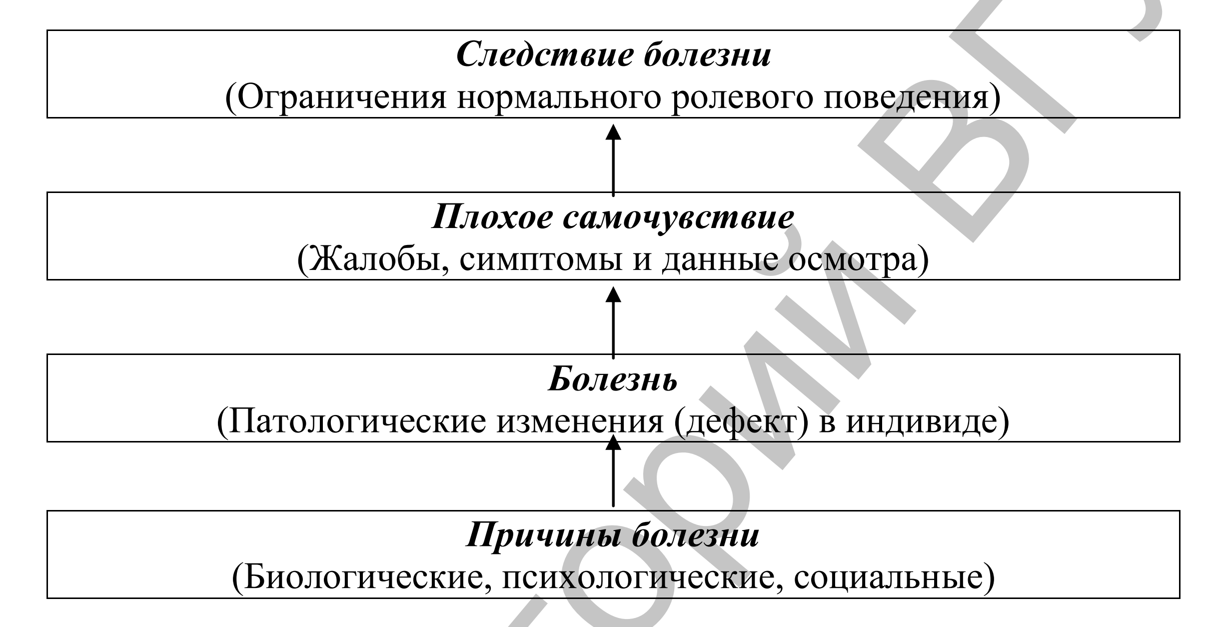
1. Какое-то измененное (биологически) состояние индивида, его тела или части тела.
2. Переживания по поводу какой-то ущербности и недомогания.
3. Приписанная роль, связанная с особыми требованиями и привилегиями.

То же самое можно сказать и о «здоровье». Можно рассуждать и так, что «здоровье» есть отсутствие болезни, т.е. отсутствие отклонения в биологических структурах или процессах в организме. Но если говорить о психическом здоровье, то можно использовать определение ВОЗ, т.е. здоровье понимается как «состояние полного благополучия: физического, душевного и социального», это понятие является как бы противоположностью понятию «плохое самочувствие», оно определяет понятие «хорошее самочувствие». В конечном

итоге здоровье определяется «как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного исполнения социальной роли». Следовательно, «здоровье» тоже можно рассматривать как физическое здоровье, хорошее самочувствие, роль здорового.

Понятие болезни как модели

В целом понятие болезни как модели может быть представлено следующим образом (по М. Пере):



Таким образом, модель болезни предполагает следующую цепочку: причина болезни–болезнь–плохое самочувствие–роль больного.

В практике модель болезни дает возможность сразу использовать результаты исследования. Врач или психотерапевт должен соотнести жалобы и наблюдаемые у пациентов отклонения с одной из многих нозологических единиц. Это и есть врачебная диагностика.

Модель болезни имеет значение не только для науки, практики и больного, но и для общества (см. «Болезнь и ее психоврачевание» 1.1.).

Использование модели болезни

Предположение, которое возникает у врача, психотерапевта, любого врачующего нуждается в дополнительной проверке, которая включает следующие этапы:

■ **Наблюдение.** Задача – констатация интраиндивидуального изменения во времени (см. «Болезнь и ее психоврачевание» 1.2; 1.3; 1.4; 1.6; 1.7; 1.8). Отклонения могут быть не только от того, что было прежде, но и от того, что наблюдается у других.

■ **Оценка.** Одной констатации изменения недостаточно. Необходима оценка этого наблюдения. Установление отклонения должно быть квалифицировано как «ненормальное». Необходимо знать о разном понимании нормы. В частности определяются:

– ***Статистическая норма:*** выявляется посредством опытных среднеарифметических данных: анормальное – значит необычное.

– ***Идеальная норма:*** состояние совершенства. Общезначимая. Анормальное – значит несоответствующее идеалу.

– ***Социальная норма:*** предписанные обществом нормы поведения. Анормальное – значит отклоняющееся (поведение).

– ***Субъективная норма.*** Масштабом для оценки изменений служат индивидуальные данные. Анормальное – значит неподходящее для индивида.

– ***Функциональная норма.*** Когда состояние человека определяется как «ненормальное», то за основу, как правило, берут субъективную норму, т.е. отклонение не от состояния других людей, а от состояния, в котором индивид прибывал прежде и которое соответствовало его целевым установкам. Критерием для сравнения здесь является не универсальность и не абсолютные ценности установки, а возможности и работоспособность индивида. Задача терапии в таком случае – восстановление состояния, являющегося для данного индивида нормальным.

При оценке психического здоровья «принимаются» во внимание все нормы. Когда диагноз устанавливают психологи, психотерапевты, то дополнительно привлекаются социальные, статистические и функциональные нормы. Некоторые состояния, называемые патологическими, могут оцениваться как норма.

■ **Дальнейшая проверка.** Подтверждение диагноза с помощью объективных данных: анализ крови, рентгенограмма, электроэнцефалограмма. Если объективные данные отсутствуют (при нервнопсихических заболеваниях), используется критерий наблюдения отклонения и особенно «оценка как нормального и как нуждающегося в изменении».

Применение модели болезни к отклоняющемуся от нормы поведению

Задача клинических психологов часто состоит в том, чтобы найти в отклоняющемся от нормы поведении психологические причины, чем объясняется появление и развитие патопсихологии. Главное отличие патопсихологии от психопатологии состоит в том, что здесь предполагается континуум между нормальными и патологическими психическими процессами. Психические расстройства пред-

ставляют собой лишь «ускорения» или «торможения» нормального психического процесса, наличие дефекта не предполагается. Потому в патопсихологии вполне оправдано использование тех же методов исследования, что и в обычной психологии. Для объяснения и лечения психических расстройств используются поведенческая терапия, когнитивная психология (принципы и методы), социальная психология, методы и принципы. «Нет невроза, лежащего в основе симптома, а есть только сам симптом. Причины и поддерживающие условия симптомов или отклонения поведения следует искать в конкретных обстоятельствах конкретного же случая» (позиция Айзенка (1967) и Шульта (1996)).

Концепции, характеризующие психические расстройства:

■ ***Социально-научные*** концепции расстройств. Общее в социально-научных концепциях – это акцентирование социальных переменных в возникновении и поддерживании психических расстройств (Томас Сас, Бонн, Нофманн и др.).

Быстрое определение человека как «душевнобольного» часто приводит к возникновению настоящего расстройства, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль, роль больного и чувствует (и ведет) себя соответственно, а окружающие обращаются с ним, видя его только в навязанной роли, т.е. получается, что роль больного существует без какой-либо болезни, а плохое самочувствие является следствием приписанной роли больного. Например, в шизофрении многие ученые видят социально неадекватное поведение, являющееся следствием нарушенной социализации в семье, других социальных группах. Следовательно, нарушаются в социальной системе интеракции, коммуникации и отношения членов системы между собой.

■ ***Гуманистические*** концепции. Представители этой концепции считают, что здоровый и больной ничем не отличаются друг от друга (Роджерс, Перлз – основатель гештальт-терапии и др.).

Происходит непрерывный процесс самоактуализации личности, который у всех людей блокируется или нарушается влияющий извне, и разница заключается лишь в степени этих нарушений. Ни один человек не достигает идеального состояния зрелой или полностью функционирующей личности, следовательно, нет качественного различия между здоровым и больным (психически). Люди различаются только по степени их возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Способы проявления этих трудностей при решении жизненных проблем различны, но это несущественно для терапии. В центре терапии отношения между пациентом и психологом (психотерапевтом). В последние годы в разговорной психотерапии развивались подходы, которые представляют специ-

фическое оформление моделей разных видов расстройств (например, модель психологических болезней/расстройств).

В ряде других концепций психические расстройства рассматриваются как:

1) психические отклонения, при которых наблюдается экстремальная выраженность отдельных психических процессов и функций;
2) психические отклонения как выражение неадекватных или нарушенных процессов в социальных системах;
3) психические отклонения как следствие задержки естественного процесса роста.

Таким образом, определяются различные типы психических расстройств, расположенные в разных плоскостях внутри и вне индивида: нарушения в организме и нервной системе, нарушения психики – т.е. программы, которые перерабатывают информацию и регулируют поведение, а также лежащие в их основе процессы биохимической передачи информации, – или нарушения в окружающей среде. Во многих случаях нарушения разного типа сочетаются, так как каждое из них оказывает воздействие на поведение и таким образом может повлиять на другое нарушение за счет различия внутренних и внешних связей. Психическое расстройство желательно рассматривать как главное понятие, которое охватывает различные виды расстройств, включая болезни в узком смысле слова.

Клинические проявления психической нормы и патологии

В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических, базирующихся на оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнейдера гласит: «В связи с возможностью полного сходства психической болезнью (расстройством) признается лишь то, что может быть таковой доказано».

Для доказательства служат законы логики – науки о законах правильного мышления.

Следующим принципом, которому должна следовать диагностика психических расстройств, является *«презумпция психической нормальности»*. Суть его заключается в том, что никто не может быть признан психически больным до того, как поставлен диагноз расстройства или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Несколько иначе выглядят принципы понимающей, а не объясняющей психологии (феноменологический подход):

– Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения Истины. Убеждение в необходимости для этого чистой души.
– Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к истине и Природе, трепетное – к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.
– Боязнь не то что навязать, даже привести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а забыв себя, отрешившись от всех пристрастий, войти в предмет, раствориться в нем и уподобиться ему и, таким образом, не построить, а обнаружить, т.е. адекватно постичь, понять. Эта процедура включается по мере необходимости на любой стадии феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в жизненный мир, т.е. к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.
– Феноменология начинается в молчании, внутренней тишине, забвении всего, не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность – помеха. Вплоть до ведения самой беседы, в лучшем случае первой встречи с пациентом. Нередко продуктивнее смотреть и слушать «со стороны» беседу коллеги с больным.
– Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее на его горизонте, т.е. не только моменте непосредственного восприятия, но всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, т.е. на предмете, взятом во всем его смысловом поле.
– Далее следует процедура свободной вариации в воображении, в которой совершается совершенно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишение или добавление различных характеристик, установление необычных связей, взаимодействий с другими предметами (эйдетическая интуиция).
– И описание. По словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изучение и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Главная опасность – поспешное описание феноменологии. Используется описание через отрицание, описание через цитирование и передачу целостных

картин поведения. Необходимо взыскательное отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этнологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

– Истолкование скрытых смыслов, герменевтика – позднейшее дополнение феноменологического метода, – фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Чтобы приблизить феноменологическую психологию к повседневной практике выделим четыре ее основные принципа:

Принцип понимания. Используется как противоположность принципу объяснения (понятности – непонятности). В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Если в системе логического доказательства психического расстройства субъекта по поводу измены жены будут выступать логические умозаключения, то принцип понимания предполагает анализ понимания супругом сути измены, что вкладывается в понятие измена: интимная близость, легкий флирт, нахождение с другим человеком наедине, поцелуй, любовное чувство и т.д.

Принцип «эпохе» или принцип воздержания от суждения. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует сказать, что вчувствывание не означает полного принятия переживаний человека и исключение анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствывание может обернуться субъективностью и также, как и в ортодоксальной терапии, привести неправильным выводам.

Принцип беспристрастности и точности описания. Заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. ***Точность*** описания требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится ***контекстуальность*** наблюдаемого феномена, т.е. его описание в контексте времени и пространства – создание своеобразных «фигуры и фона».

Принцип контекстуальности подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и себя в нем. В этом слу-

чае контекстуальность позволяет определить место и меру осознания человеком феномена.

Диагностические принципы-альтернативы. Вследствие естественных трудностей диагностического процесса разработан ряд принципов-альтернатив. Всего основании заложены принципы феноменологического подхода в психологии – каждое целостное индивидуальное переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его в психологических и патопсихологических категориях. Практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно причислены к рангу симптомов, так же как и признанными абсолютно адекватными.

Выделяются следующие принципы альтернативы: болезнь – личность, нозос – патос, реакция – состояние, развитие, и др. См. ниже подробно.

Болезнь – личность – является основополагающим в диагностическом феноменологически ориентированном процессе. Он предопределяет либо наблюдаемый феномен, либо он является признаком личностных особенностей (например, убежденность в чем-либо).

Нозос – патос – позволяет трактовать больного, любой психологический феномен в системе координат, использующей понятия болезни (нозос) и патологии (патос).

Психологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как имеющий нозологическую специфичность, с болезненным механизмом возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов.

Реакция – состояние – развитие. Альтернатива реакциии – состояние – развитие строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая реакция, невроз, невротическое развитие личности).

Психотическое – непсихотическое (имеет место в психиатрии).

Экзогенное – эндогенное – психогенное (относится к психиатрии).

Итак, рассмотрев понятия «психическая болезнь», «психическое расстройство», «психическое здоровье», можно сделать следующие выводы:

1. Психическое здоровье понимается как состояние полного благополучия: физического, душевного и социального. Здоровье можно определить также как состояние оптимальной работоспособности

индивида в смысле эффективного исполнения социальной роли. Вышеназванные составляющие и отражены в определении ВОЗ.
2. Понятие болезнь используется тогда, когда состояние индивида не является для него нормальным и нуждается в особом объяснении. Изменения могут касаться соматики и психики. Мы имеем в виду те изменения, которые в большей мере касаются психических отклонений, т.е. психические расстройства. Но поскольку понятия «психика» и «соматика» взаимосвязаны, то определения «болезнь» и «расстройство» часто могут быть взаимосвязаны.
3. И «здоровье», и «болезнь», и «расстройство» – явления социальные, наблюдаются, оцениваются окружающими людьми, получают оценку, а в необходимом случае помощь общества и во многом определяются социальным окружением за счет наличия внутренних и внешних связей. «Психическое расстройство» нежелательно рассматривать как главное понятие, которое охватывает различные виды расстройств, включая болезни в узком смысле слова.

1.3. КЛАССИФИКАЦИЯ. ДИАГНОСТИКА. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Классификация.

Цель классификации: упорядочить многообразие определенных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня.

В клинической психологии и психотерапии есть классификация признаков и классификация индивидов. Классификация признаков означает попытки определить на базе конфигурации симптомов и признаков категории более высокого уровня в форме синдромов. Большинство методов обследования представляет собой системы классификаций признаков.

Наряду с классификацией признаков важны классификации индивидов в форме диагнозов. Элементы диагностической системы больше характеризуются достаточными условиями, т.е. представляют типы.

В настоящее время доминируют две международные системы классификации психических расстройств: ICD (International Classification of Diseases) и DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Можно назвать следующие основные понятия классификаций:

- Коморбидность – появление разных психических расстройств у одного человека;
- Мультиморбидность – помимо психических расстройств есть и соматические заболевания.

- Многоосевая диагностика – описание индивида по нескольким осям. При этом каждая ось характеризуется своим специфическим содержанием.
- Операциональная диагностика. Диагноз определяется по каталогу критериев. В основном это симптомы. Дополнительно вводятся критерии времени, течения, частоты (непрерывное течение).

Классифицируя то или другое психическое расстройство, необходимо знать и учитывать источники ошибок:

- вариативность пациента (в разные моменты пациент находится на разных стадиях заболевания);
- ситуационная вариативность (в разных ситуациях может наблюдаться разное проявление психического расстройства);
- информационная вариативность (разная информация о больном у разных врачей может привести к разным диагнозам);
- вариативность при наблюдении (разные специалисты, наблюдая больного, могут по-разному оценивать собранную информацию);
- вариативность критериев (разные специалисты при оценке материала наблюдения могут поставить разные диагнозы).

Диагностика.

Клинико-психологическая диагностика имеет следующие функции:

а) описание,

б) классификация,

в) объяснение,

г) прогноз,

д) оценка,

которые могут относиться как к отдельным индивидам, так и к межличностным системам.

Описание. Это исходный базис всех остальных функций. В описании определяется проблема(ы), расстройство(а) одного индивида или межличностной системы, а также тип, выраженность этих проблем или расстройств. В клинической практике приходится переводить непрофессиональные жалобы в специфические, диагностические. Описание фактического состояния надо отличать от описания изменения, происшедшего, как правило, за определенный промежуток времени. Но возможно и прямое измерение изменения (Например: головная боль у меня сильнее (слабее, такая же), как три дня назад).

Классификация. На основе описания предпринимается упорядочение по системам классификации. В медицинской психологии диагностика часто сопоставима с классификацией (постановка диагноза), но эта задача представляет только одну функцию диагностики.

Объяснение. Существуют различные объяснительные подходы: дедуктивно-номологические, диспозиционные, историко-генетические, несовершенные, психологические.

Прогноз. В клинике психологической диагностики прогнозируется течение психических расстройств, причем как с учетом интервенций, так и без них. В первом случае прогноз течения содержит высказывания о вероятности успеха терапии. Теоретические рамки для прогноза – это теории возникновения, поддержания и изменения психических расстройств. Принимаются во внимание признаки пациента, психолога, ситуации, интеракции.

Оценка. В клинической практике оценки играют особенно большую роль и для отдельных интервенций, и для систем обеспечения. В исследовании интервенции оценки базируются в основном на измерениях изменений (анализ процесса). Решения о показаниях представляют собой высказывания как оценки изменений. Содержание оценки должно показывать:

- какие паттерны поведения требуется изменить (анализ цели);
- какие условия формирования этого поведения, и какие факторы поддерживают его в данный момент (анализ проблемы);
- какие существуют возможности этого достичь (планирование терапии) (По Канферу).

Технология сбора данных

Сбор данных о пациенте включает:

1. Косвенное измерение изменений: формирование различий между оценками состояния.

2. Прямое измерение изменений: прямая оценка изменений в какой-то момент измерения; сравнительные высказывания – лучше, хуже, чаще, также и т.д. соотносят с какой-то точкой. Необходим в этом случае двукратный сбор данных.

3. Оценка того, насколько достигнута цель терапии; констатируются изменения от какого-то исходного состояния (начало терапии) к целевому состоянию (конец терапии).

4. Оценка психопатологического состояния через определенный интервал относительно нормы (в основном применяется в конце терапии): устанавливается, располагаются ли терапевтические изменения внутри или вне соответствующей области нормы. Например, к началу терапии у пациентки обнаруживаются очень высокие показатели по шкале депрессии, а после окончания терапии эти значения нормализуются.

<u>Основной принцип в диагностике</u> медицинской психологии – мультимодальность (соединение методов психодиагностики и соматических изменений).

Диагностика включает следующие категории обследования:

– плоскости данных (основные категории признаков организма);
– источники данных (информаторы);
– методы обследования;
– конструкты (функциональные области – берутся единицы внутри отдельных плоскостей данных или с выходом за пределы отдельных плоскостей данных).

Плоскости данных:

- Биологическая/соматическая плоскость: часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую; на первом плане стоят соматические процессы, которые можно зафиксировать физическими или химическими способами.
- Психическая/психологическая: делается акцент на индивидуальном переживании и поведении (включая деятельность).
- Социальная плоскость – делается акцент на межличностных системах (социальные условия).
- Экологическая плоскость – содержит материальные (природные) условия (натуральная).

Плоскости не представляют собой закрытые системы. Абсолютизация вредна: не может дать полной картины при рассмотрении человека.

Источники данных:

- Сам опрашиваемый индивид, который сам наблюдается и оценивает свое состояние, регистрирует его.
- Другие лица (референтные лица, квалифицированные эксперты, терапевты и т.д.), которые проводят стороннее наблюдение в форме сторонней оценки или наблюдения за поведением.
- Аппаратурные методы, методы диагностики деятельности и интеллекта с помощью бумаги/карандаша вскрывают характеристики функций и работоспособности, которые генерирует испытуемый. Но они представляют собой не форму самонаблюдения, а собственный источник данных. В настоящее время учет соответствующих характеристик нередко происходит с компьютерной поддержкой. К аппаратурным методам относятся также физиологические методы: ЭЭГ, ЭКГ и др.
- Методы обследования.
- Самонаблюдение в форме опросников, основанных на собственной оценке.
- Стороннее наблюдение в форме методов, основанных на сторонней оценке, при которых чаще всего требуется градация конструктов, таких как концентрация внимания, депрессивность и др.
- Стороннее наблюдение в форме наблюдения за поведением (регистрация частотных характеристик поведения).

- Интервью.
- Методы диагностики деятельности (особенно компьютерные методы), которые в основном используются как самонаблюдение, но в отдельных случаях как стороннее наблюдение.
- Методы полевой диагностики (особенно компьютерные методы), которые используются как самонаблюдение, но в отдельных случаях как стороннее наблюдение.
- Проективные методы.
- Содержательно-аналитические методы, которыми оцениваются тексты (собственные или изложенные).
- Методы теории принятия решений (условно): широкополосные (много информации с меньшей точностью); узкополосные (мало информации, но с большей точностью). В клинической области необходимы широкополосные методы, чтобы получить обзорные представления об индивиде.
- Психологические тесты: стандартизация (т.е. заранее заданные правила) относительно проведения интервью, его оценки, интерпретации, получение выборок поведения и вывод о его качествах; квантификация (измерение признаков); критерии качества, такие, как объективность, надежность, валидность, нормы и т.д.; нередко требуются дополнительные критерии.

Самый частый метод на практике – диагностическая беседа. Используется как сбор данных, базис для принятия клинических решений, выполняет консультирующую и терапевтическую функции. Особое значение имеет интервью/беседа в начальной стадии клинической интервенции, когда собирается анамнез.

Однако необходимо при использовании различных методов обращать внимание на то, как согласуются между собой результаты, надо продумывать и аналитически систематизировать мысль о том, какие результаты в диагностике станут решающими. Правильно поставить диагноз – наполовину решить проблему лечения.

Эпидемиология.

Изначально предметом эпидемиологии были эпидемии болезней холеры и тифа. В последующем предметная область эпидемиологии распространилась на весь спектр соматических и душевных болезней, а также на формы отклоняющегося от нормы поведения. Некоторые авторы определяют эпидемиологию как исследование распространения и детерминант частоты болезней у людей. Но есть и более полное определение.

Психологическая, медицинская эпидемиология занимается пространственным и временным распределением психических заболеваний/расстройств населения, обусловленным демографическими,

генетическими факторами, факторами поведения и окружающей среды. Эпидемиология исследует также условия возникновения и течения психических расстройств с целью углубить знание причин, факторов риска и факторов, вызывающих эпизоды болезни, а также занимается изучением последствий болезни.

Задачи эпидемиологии следующие:

1. Констатация распределения болезни в пространстве и во времени в зависимости от окружающей среды, личности и организма.
2. Исследование возникновения, течения и исхода заболеваний.
3. Данные об индивидуальном риске болезни.
4. Проверка гипотез о причинных отношениях между окружающей средой и болезнью.

1.4. ЭТИОЛОГИЯ/АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Методические положения

Течение расстройства подразделяется на 4 последовательные фазы:

***Фаза 1*.** Перинатальная фаза. В этой фазе имеют значение следующие факторы:

- генетические, т.е. наследственные факторы;
- факторы влияния, начинающие действовать во время беременности (перинатальный период);
- факторы влияния незадолго до родов и сразу после них (перинатальный период): конец 28 недели беременности до 7-го дня жизни включительно).

Иногда состояния, которые мы наблюдаем при жизни, называются врожденными, но при этом необходимо говорить, обусловлены они генетически или внутриутробно.

Сумма всех факторов влияния фазы 1, имеющих отношение к психическому расстройству, в клинической области называется по-разному: диспозиция или предрасположенность, диатез или уязвимость. Эти понятия описывают тот аспект личности, который содействует возникновению какого-то расстройства, т.е. риск, вероятность для данного индивида заболеть определенным психическим расстройством.

Фаза 2. Фаза социализации или фаза развития. Социализация – это изменения личности, вызванные влиянием со стороны других лиц, социального окружения. Понятие развития используется для всей совокупности всех изменений. Сегодня развитие рассматривается как процесс всей жизни, т.е. подразумевается, что на протяже-

нии всей жизни человек меняется под воздействием различных факторов влияния.

Применительно к возникновению расстройств раннее детство и детство принято рассматривать как собственные временные периоды, когда влияние может быть двоякого рода: *вредоносное* (неблагоприятное воспитание в семье) и защитное, т.е. *протективное* (положительные отношения в семье). Важно определить соотношение между факторами (риска) влияния раннего детства и факторами влияния, активизировавшимися в более позднем, юношеском или зрелом возрасте. Мысль о том, что психические расстройства у взрослых в значительной мере детерминированы уязвимостью в период социализации в раннем детстве, сегодня считается недоказанной или спорной.

Итак, уязвимость – это риск заболевания психическим расстройством. Возникнет ли в конечном итоге расстройство – зависит от дополнительных пусковых факторов: если уязвимость низкая, требуются более существенные пусковые механизмы, если она выражена более сильно – нередко достаточно и меньших пусковых факторов.

Люди, у которых, несмотря на наличие у них уязвимости, не развивается никакого расстройства, называются *резилентными*; резилентность (сила сопротивления) можно рассматривать как противоположность уязвимости. Индикаторы расстройства описываются понятием маркер.

Фаза 3. Продромальная фаза. Нередко можно наблюдать размытые границы между 2-ой и 3-ей фазами течения расстройства. И все же надо пытаться установить тот момент, когда расстройство приобретает значение болезни, когда возникает желание изменений и начинается поиск помощи. Особый интерес вызывает продромальная фаза расстройства, где встает вопрос о пусковых факторах. Определить пусковые факторы не всегда просто.

Фаза 4. Течение после начала расстройства. После проявления расстройства на первый план выходят факторы, которые это расстройство поддерживают. Среди них можно различать вредные и протективные. В зависимости от ситуации факторы могут приобретать другое значение (см. табл. 4.1).

Формы течения расстройства

Пароксизмальное течение. Одномоментный эпизод в виде приступа; иногда за несколько минут достигается пиковое значение, а через несколько минут или часов все возвращается к исходному значению (панические состояния).

Хроническое, непрерывное течение: эпизод расстройства держится в течение более долгого времени (1 год, 2 года) с минимальной

выраженностью. Такое течение можно установить только путем длительного наблюдения (депрессия большая минимум два года).

Течение одного эпизода может быть стабильным (нет изменения), прогредиентным (ухудшающимся) или флуктуирующим (волнообразным).

Варианты исхода эпизода следующие:

- Исцеление, выздоровление. Достигается тот же уровень, что и перед вспышкой расстройства. Расстройство больше не проявляется в течение определенного минимального промежутка времени. Структура личности перед вспышкой описывается как преморбидная личность. Изменение предполагает какое-то минимальное время полной ремиссии.
- Полная ремиссия: никаких признаков или симптомов расстройства уже нет, но при этом остается вопрос, не появится ли расстройство снова. Это можно решить только спустя некоторое время.
- Частичная ремиссия: еще имеются отдельные симптомы, но они не удовлетворяют критериям расстройства. При шизофрении их иногда называют резидуальными симптомами. Частичная ремиссия может привести к полной ремиссии или к новому заболеванию; если резидуальная симптоматика держится долгое время, то при шизофрении говорят о резидуальной шизофрении.
- Переход в хроническую форму. Расстройство держится на минимальном уровне долгое время, иногда до самой смерти.
- Изменение личности: после улучшения изначальный личностный уровень уже не достигается (при некоторых формах шизофрении). Здесь используется понятие постморбидной личности.
- Смерть. При психических расстройствах существует повышенный уровень смертности. Особое значение имеют суициды и несчастные случаи.

При наличии минимум двух эпизодов можно говорить об эпизодическом, фазовом или рецидивирующем (рецидив, возврат) течении.

В возникновении психических расстройств имеют важное значение.

Генетические факторы

Психические расстройства часто обнаруживают внутрисемейное сходство. Генетическая информация содержится в клеточных ядрах в виде участков дезоксирибонуклеиновых кислот. Место, где в геноме (совокупности генетической информации) находится определенная генетическая информация, называют местом локализации гена, или генетическим локусом, который занят хромосомами. Имеющаяся в локусах информация может быть идентична в обеих

хромосомах (гомозиготна) или различна (гетерозиготна). Фактически содержащаяся в этом месте информация и является геном. Различные варианты в одном локусе называют аллеями. 22 хромосомы расположены попарно, и в одном локусе всегда присутствует две аллеи. Гены находятся в хромосомах.

23 пары хромосом (22 пары аутосом и одна пара половых хромосом) представляют совокупность всех наследственных задатков, содержащихся в клеточных ядрах (геном). В самой идиоплазме – ДНК. Варианты одного гена могут существенно помочь в объяснении вариабельности признаков и состояний (фенотипов). 5 % генов преобразуется в биохимические продукты, протеины, остальная часть генов безмолвствует. Протеины регулируют обмен веществ. Психологические переменные тоже можно понимать как фенотипы, т.е. индивидуальные признаки и состояния: это и личностные признаки, и эпизоды болезни. Неслучайное частое проявление одного признака или похожих признаков (фенотипов) в семье может быть обусловлено:

1. Генетическими причинами, т.е. определенные аллеи повышают вероятность проявления какого-то признака.
2. Факторами семейного окружения, которые неслучайно часто влияют на членов одной и той же семьи.
3. Суммарным взаимодействием или взаимодействием между семейными причинными компонентами (1) и (2). Это часто наблюдается в большинстве неорганически обусловленных заболеваний, когда происходит семейное накопление.

На проявленное поведение могут влиять три типа взаимодействий:

- Пассивное взаимодействие. Если члены семьи живут вместе, то не только генетическая вариативность, но и характеристики семенного окружения у них общие; генетические факторы и факторы окружающей среды ассоциированы друг с другом, и эта ассоциация передается в семье.
- Реактивное взаимодействие. Генетически обусловленное поведение кого-то из членов семьи индуцирует реакции связанных с ним лиц, что, в свою очередь, воздействует на идентифицированный случай. Следовательно, эта реакция представляет собой фактор окружения, который передается генетически.
- Активное взаимодействие. Некоторые генетические диспозиции могут мотивировать носителя гена к созданию определенных окружающих условий.

Соотношение между генотипом и фенотипом при большинстве заболеваний неоднозначно: в основе определенного фенотипа могут быть разные генетические механизмы.

Когда в возникновении болезни играют роль и факторы окружающей среды, то говорят о мультифакториальной передаче. Но поляризация между тем, что обусловлено генетически и что обусловлено окружающей средой, не столь важна. Важно установить:

- Имеют ли место взаимодействия между этими социальными компонентами?
- Какие специфические гены и какие специфические факторы семейного окружения здесь участвуют и как они взаимодействуют?

Типы генетического исследования, ориентированного на клинику

Типы исследований без генетического маркера:

- Исследование семьи; оценка риска повторения; оценка релевантности семейных причинных факторов по сравнению с несемейными; нозологическая дифференциация между расстройствами; определение консегрегирующих признаков и определение уязвимости.
- Исследование высокого риска: выявление преморбидных отклонений от нормы семейных расстройств.
- Исследование близнецов: дифференциация и квантификация генетической составляющей в семейных факторах; оценка влияния взаимодействия ген-окружения; оценка релевантности специфических факторов окружения.
- Исследование приемных детей; оценка семейных факторов, обусловленных окружающей средой.
- Анализы сегрегации: констатация семейного или генетического типа передачи.

Типы исследований с генетическими маркерами:

- Исследование ассоциаций: ассоциация между определенными вариантами генов (аллеями) и заболеваниями; выявление неравновесия сцепления и генов сусцептибельности.
- Исследование сцепления: консегрегация между генетической вариацией в локусе и заболеванием; локализация локусов.
- Исследование семей представляет важный критерий валидности для определения тех психических расстройств, накопление которых происходит в семье.
- В исследованиях семьи сравниваются различные, специфические в плане диагноза группы идентифицированных случаев, что позволяет делать выводы о соотношении между причинами исследуемых заболеваний.

При исследовании семьи необходимо соблюдать ряд требований, имеющих место и при других исследованиях:

- Достоверность идентификации случая и характеристик фенотипа (опрашивается как можно больше родственников, а также тех, кто знали умерших родственников).

- Контрольная группа: психически здоровых идентифицированных индивидов и их родственников 1ой степени (контрольная группа) необходимо сравнить.
- Условие вслепую. Сбор информации и диагностика родственников, которые должны находиться в неведении о статусе идентифицированных индивидов; особенно важно, чтобы результаты не оказались тенденциозны, точнее – оценка.
- Постановка диагноза. Вышеназванная информация сводится воедино для каждого индивида отдельно, а также и больничная документация.
- Репрезентативность: систематический набор испытуемых в какой-то генеральной совокупности.

Биохимические аспекты

Коммуникация между нервными клетками в головном мозге, а также между центральной и перифирической нервной системой, регулируется посредством медиаторов, участвующих в передаче возбуждения в синапсах. Помимо этого, иммунная и гормональная системы используют химические агенты, которые с током крови достигают далеко расположенных клеток-мишеней. Биохимия изучает молекулы, которые принимают участие в этих процессах коммуникации. Новейшие научные достижения в области биохимии явились мощным стимулом для развития клинической психологии.

Важнейшими нейромедиаторами, которые влияют на ЦНС являются:

– Дофамин;
– Норадреналин;
– Серотонин;
– Аминокислоты.

Эндокринная система и нейропептиды

Головной мозг влияет на функцию организма посредством гормонов железы мозгового придатка (гипофиза) и шишковидной железы (эпифиза). Гипофиз состоит из передней доли (аденогипофиза) и задней доли (нейрогипофиза) и связан с основанием черепа гипофизарным стеблем (инфундибулумом). Гипофиз располагается на задней стенке третьего желудочка.

Высвобождение гипофизарных гормонов контролируется гипоталамусом. Специфические нейроны гипоталамуса обладают длинными аксонами, которые простираются в заднюю долю гипофиза, и гормоны выбрасываются в кровяной ток непосредственно нервными окончаниями. Другие нейроны гипоталамуса выбрасывают свои гормоны в маленькую сосудистую систему, расположенную в гипофизарном стебле, которая продолжается в сосудистую сеть в передней доле.

По этим мелким кровяным сосудам гипоталамические гормоны достигают рецепторов на клетках, продуцирующих гормоны.

Активно на центральную нервную систему воздействуют:

- Гормон роста и пролактин.
- Окситоцин (влияет на репродуктивное поведение).
- Вазопрессин (регистрирует объем воды и крови, влияя на АД, низкие уровни обнаруживаются у больных шизофренией, депрессивными состояниями).
- Мелатонин (регулирует сон, обмен веществ, репродукцию и иммунную систему).
- Иммунная система (иммунная система распознает и уничтожает чужеродные частицы и патогенные возбудители и таким образом обеспечивает целостность организма. В смысле защиты организма можно выделить специфические и неспецифические иммунные процессы. Иммунные клетки неспецифической защиты (макрофоли) уничтожают патогены путем фагоцитоза и представляют антигенные фрагменты на их поверхности, что активирует специфическую иммунную защиту. Носители специфической иммунной системы – это лимфоциты, которые с высокой специфичностью распознают и связывают определенный антиген. Данные психонейроиммунологии указывают на тесную связь между ЦНС и иммунной системой, причем ЦНС, с одной стороны, видимо, регулирует соматические защитные процессы, а с другой стороны, на нее влияет иммунная система.

Нейрофизиологические аспекты

«Исследование души начинает с исследования головного мозга» (Гиппократ). Это высказывание не означает, что, исследовав мозг, можно изучить человеческую душу. И все же познания о деятельности головного мозга, особенно коры больших полушарий, безусловно, помогут понять психопатологию феноменов. Органические нарушения в головном мозге нередко изменяют сознание, восприятие, речь, память и мышление. Такие психические процессы, как эмоции, социальное поведение и другие, тоже зависят от интактных функций головного мозга.

Итак, психические процессы в основном приписываются функциям коры головного мозга. Передача и отработка информации у человека протекает примерно в 10^9–10^{10} нейронах. Помимо этого столько же глиальных клеток берут на себя задачу обеспечения и опоры и поддерживают локальную биохимическую среду. В одно время одна нервная клетка может получить информацию от 100–1000 других нервных клеток, а при активации передает информацию дальше, еще на 5–10 тысяч клеток. Число контактов между двумя нейронами, называемых синапсами, составляет часто 7–8 тысяч. Что касается количественных параметров подключения, то оказывается,

что различные области качественно не различаются по своему строению. Под электронным микроскопом после окрашивания можно различить два вида синапсов: синапсы первого типа считаются возбуждающими, синапсы второго типа (10% всех синапсов) – тормозными. Три четверти всех синапсов (и 85% синапсов первого типа) находятся в спинном мозге. Даже если в коре головного мозга можно выделить разные типы нейронов, все же общее количество обнаруживает общий состав, следовательно, схема и закономерности обработки, как и генерирование электромагнитных феноменов в различных областях коры головного мозга тоже сходны.

Часто нервные клетки в мозгу синхронно продуцируют равнонаправленную электрическую активность. В результате возникает электрический ток, который идет по внеклеточному пространству и распространяется вперед.

Этот ток можно определить на поверхности тела с помощью ЭЭГ или ЭКГ. Любой электрический ток или любое перемещение зарядов создает магнитное поле. Сенсорные входные волокна в кору составляют у человека примерно $^{1}/_{1000}$ всех кортикальных нейронов; следовательно, преимущественное большинство – это нейроны промежуточные. Сигнал, достигающий коры головного мозга, разветвляется по многим нейронам, что приводит, в конце концов, к определенной моторной реакции.

Самый старый и наиболее часто используемый метод отображения активности мозга заключается в измерении электромагнитного поля, производимого мозгом в пространстве и во времени. Электрические и магнитные составляющие мозговой активности регистрируются ЭЭГ и магнитоэнцефалографией – МЭГ (изобретатель ЭЭГ Ганс Бергер, 1958). В плане диагностирования психических процессов интересен метод регистрации вызванных потенциалов (ВП). Имеются в виду потенциалы, которые возникают систематически до, во время и после действия какого-то (внутреннего или внешнего) раздражителя или какой-либо моторной или когнитивной реакции.

Магнитоэнцефалография (Ламбе, 1964) основана на квантомеханическом прерывании электрического тока внешними магнитными полями, что дает возможность измерить такие слабые сигналы, как биомагнитная активность мозга.

Кроме ЭЭГ и МЭГ есть методы, которые позволяют установить структуры или функции мозга с помощью послойного изображения – томографические методы, реализуемые на основе использования рентгеновского излучения. Томографические методы делятся на две группы:

- одни методы отображают мозговые структуры;

- другие представляют функциональную информацию о метаболических процессах и их развитии во времени. Как правило, это чаще всего измерения измерений кровотока или параметров, которые могут локально возникать в мозге в результате изменения метаболизма.

Социологические аспекты

Известно, что социология – это наука о структурных признаках и процессах человеческих общностей. Общество понимается как социальная система с различной протяженностью в пространстве и во времени, с разными правами и обязанностями. Анализировать общественные системы можно в макро-, мезо- и микроплоскости – плоскости социального действия и его детерминанте. Естественно, что индивиды общества всегда связаны между собой. Из факта существования общности возникает специфический эффект пользы – затрат для отдельного человека. Один из главных вопросов клинической психологии формулируется так: как сказываются факты человеческой общности на здоровье и благополучии отдельного человека. Вопросы социального влияния на здравье (и психическое) располагаются в двух основных направлениях. Первое:

- Общественная подсистема здравоохранения.
- Материальные жизненные условия как патогенный потенциал.

В свою очередь второе направление включает еще два аспекта:

- Способы поведения индивида, которые способствуют (или вредят) его здоровью.
- Негативные эмоции и создаваемые ими хронические дистрессовые состояния, которых можно ожидать в результате пережитых обид и отсутствия социальных привилегий.

1.5. ЭТИКА В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ (ПО Б.Д. КАРВАСАРСКОМУ)

Поскольку истоки медицинской психологии неразрывно связаны с медициной, особенно с психиатрией, психотерапией, постольку современные модели медицинской этики могут быть представлены следующим образом:

1. Модель Гиппократа (принцип «не навреди»).
2. Модель Парацельса (принцип «делай добро»).
3. Деонтологическая модель (принцип соблюдения долга).
4. Биоэтика (принцип уважения прав и достоинств личности).

Считается, что этика Гиппократа была вызвана необходимостью отделить обученных врачей от врачей-одиночек, разных шарлатанов, которых в то время было немало, и вызвать доверие общества к врачам определенной школы или корпорации асклепиадов.

Изначальная забота, помощь, поддержка являются основными направленными ориентирами в работе врача, психолога. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношений врачующего и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств сообщества психологов, принято называть моделью Гиппократа. Имеются в виду обязательства перед учителями, коллегами, пациентами о гарантиях непричинения вреда («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости», «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла», «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), утверждается мысль об отказе интимных отношений с пациентами («В отношении всего этого (интимного) врач должен быть воздержанным», «Чтобы при лечении, а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»).

Основополагающим среди перечисленных принципов для модели Гиппократа является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Этот принцип формирует исходную профессиональную гарантию, которая может рассматриваться как условие и основание его признания обществом в целом и каждым человеком отдельно, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь. Большое внимание Гиппократ уделял облику врача, не только моральной, но и внешней (одежда, опрятность) респектабельности, что было связано с необходимостью формирования доверия обращающихся к врачебной касте в период перехода от жреческой медицины к светской.

Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предлагалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление: «Очевидным и великим доказательством существования искусства будет, если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления».

Модель Парацельса. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493–1541 гг.). Эта форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоевывается социальное доверие лично-

сти пациента, то «модель Парацельса» – это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. «В Парацельсе мы видим родоначальника не только в области создания химических лекарств, но также и в области эмпирического психического лечения» (Юнг). Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро, благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание – это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача – его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь». Утверждается, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Важность доверительных отношений между врачом и пациентом неоднократно подчеркивалась выдающимися врачами прошлого, еще в VIII в. Абу-ль-Фарадж писал: «Нас трое – ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем».

Деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» («deontos» – должное, «logos» – учение) ввел английский философ Бентам (1748–1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственного совершенства и безупречности. Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII в. ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам».

Деонтологическая модель врачебной этики – это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Так, примером этой модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации (JAMA, 1992, №2):

- интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

– интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
– вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинский работников;
– врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами.

Как видно, характер рекомендаций достаточно жесткий, и очевидно, что их нарушение может повлечь за собой дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная Ассоциация.

«Соблюдать долг» – это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок – тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственной воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Биоэтика – это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня «этическое» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика (этика жизни) как конкретная форма «этического» возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение «природно-биологического».

Начиная с 60–70-х гг. XX в., как альтернатива патернализму, все большее распространение приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегии и методы лечения. Врач примеряет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. Таким

образом, вместо патерналистской модели защиты и сохранения жизни пациента, в настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия – самоопределение пациента зависит от степени его информированности. Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, и той, о которой, в силу своей некомпетентности, пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений «врач–пациент» в биоэтике – принцип уважения личности. Большое значение приобретает также вопрос об определении начала и конца жизни. Конфликт «прав», «принципов», «ценностей», а по сути человеческих жизней и судеб культуры – реальность современного общества. Конфликт «права плода на жизнь» и «права женщины на аборт», или правовое сознание пациента, восходящее до осознания «права на достойную смерть», вступающее в противоречие с правом врача исполнить не только профессиональное правила «не навреди», но и заповедь – «не убий». В отношении аборта как уничтожения того, что может стать личностью, существует три нравственных позиции: консерваторская – аборты всегда аморальны и могут быть разрешены лишь при угрозе жизни женщины; либеральная – умеренная – абсолютное право женщины на аборт, безотносительно возраста плода и умеренная – оправдание аборта до наступления определенного развития эмбриона (до стадии развивающегося плода – 12 недель, когда ткань мозга становится электрически активной).

Этические проблемы аборта и эвтаназии связаны с моральными аспектами репродукции и трансплантации. Современная технология репродукции жизни определяет качественно новые формы взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, биологическими и социальными родителями. Трансплантология открывает новые проблемы определения грани жизни и смерти из-за моральной альтернативы спасения жизни реципиенту и ответственностью за возможное убийство обреченного на смерть донора.

Современная медицинская психология во всех своих разделах опирается на общемедицинские этические принципы. Вместе с тем, психолог в своей деятельности сталкивается со специфическими этическими вопросами.

Во-первых, это вопрос о необходимости информирования испытуемого о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообразности ознакомления с его результа-

тами других специалистов, помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования либо в случае отказа от последнего.

Во-вторых, должно соблюдаться правило «границ» (граница как предел приемлемого поведения). Учитывая специфику межличностного взаимодействия между психологом и пациентом, необходимо четко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и во время психотерапевтических встреч, так как «пересечение» границы может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту. Диапазон нарушения границ профессионального взаимодействия весьма широк: от сексуального контакта с больным до советов, рекомендаций и вопросов, выходящих за рамки терапевтического контакта. Например, во время приема у пациента ухудшилось состояние, ему была оказана необходимая медицинская помощь. Переживая по поводу случившегося, психолог звонит вечером ему домой, чтобы узнать о здоровье. Больной счел это нарушением «границ» и посягательством на его автономию (автономия определяется как «личная свобода» или как «принцип свободного волеизъявления»). Однако при определенных обстоятельствах «нарушение границ» может носить конструктивный характер, поэтому здесь важен учет контекста взаимодействия. Так, больная, войдя в кабинет психолога и сообщив о гибели своего сына, наклоняется к груди психолога и последний отвечает на этот ее порыв, выражая тем самым сочувствие горю пациентки. Неспособность в таких ситуациях проявить эмпатическое сопереживающее отношение скорее оттолкнет пациента и прервет межличностное взаимодействие. «Нарушение границ» возникает и тогда, когда пациента пытаются использовать в личных целях несексуального характера.

В-третьих, сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к психологу, являющейся одной из характеристик профессионального межличностного взаимодействия. Эта форма привязанности часто является основой сдерживания аффективных нарушений, сопровождающих заболевание. Однако привязанность, превращаясь в зависимость, вызывает негативные реакции у пациента, ведущие к деструктивным формам поведения. Поэтому психолог должен тщательно контролировать взаимодействие с пациентом, осознавая свои профессиональные действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.

Необходимо подчеркнуть, что интерес к биоэтике в последние десятилетия настоятельно потребует дальнейшего развития этических основ современной клинической психологии.

1.6. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.6.1. Стресс и копинг как факторы влияния

То, что тяжелые, небольшие или средние временные или хронические перегрузки могут вызвать или спровоцировать психическое расстройство не является недоказанным. Стресс – понятие многозначное, в нем можно выделить четыре значения:

1. *Стресс как событие.* Стресс как ситуативный или раздражающий феномен в виде возможных событий, связанных с напряжением, иногда также называется стрессором.

2. *Стресс как реакция* – это реакция на определенные события, иногда называется стрессовой реакцией, стрессовой эмоцией или стрессовым переживанием.

3. *Стресс как промежуточная переменная* – это стресс как состояние между раздражителем и реакцией, т.е. промежуточный процесс.

4. *Стресс как трансактный процесс* – это стресс как процесс взаимодействия человека с окружающей средой. Считается, что трансактный процесс начинается со специфической оценки какого-то события и собственных ресурсов совладения, в результате чего иногда образуются стрессовые эмоции. За этой фазой следуют адаптивные реакции (копинг).

Стресс не является статистическим состоянием, но представляет собой динамичное событие, которое протекает в постоянном взаимодействии (трансакция) между индивидом и окружающим миром. Понятие стресс дифференцировано из-за введения понятий эустресс и дистресс. *Эустрессом* называется такая потеря равновесия, которая возникает, когда субъект переживает соответствие между требуемыми от него усилиями и имеющимися в его распоряжении ресурсами. *Дистресс* – это такие психические состояния и процессы, при которых, по крайней мере, на какое-то время соотношение между требуемыми усилиями и имеющимися ресурсами кажется нарушенным, причем не в пользу имеющихся ресурсов.

Если рассматривать события в качестве стрессоров, то их можно систематизировать по размеру негативной значимости и по времени, требуемому на адаптацию. В зависимости от этого различают стрессовые жизненные события, травматические стрессы, повседневные или хронические стрессоры. Стрессовые реакции могут быть эмоциональными, физиологическими и поведенческими. Эмоциональные стрессовые реакции – страх, печаль, гнев. Поведенческие – бегство и нападение.

Существует множество моделей сложного взаимодействия различных психологических факторов, влияющих на стрессовые переживания. Стрессовые события сами по себе очень редко становятся причиной психических расстройств. Только в сочетании с различными внутренними и внешними факторами стрессоры приводят к неудачной адаптации. В целом процесс копинга может изменяться под влиянием сложного взаимодействия личностных факторов, тенденций совладения и стиля совладения, а также таких переменных, как социальная поддержка и наличие релевантных лиц.

Стрессоры и их связь с психическими расстройствами

Стрессоры могут оказывать на психические расстройства эффекты различного рода, т.е. могут быть:

Причиной. Стрессоры представляют собой необходимое и достаточное условие для возникновения какого-либо расстройства: другие факторы влияния установить невозможно (чрезмерная печаль).

Частной причиной или кодетерминантой – это имеет место тогда, когда для возникновения расстройства дополнительно требуются и другие факторы (например, для диатезстресса помимо стресса должна быть еще особая уязвимость).

Усугубляющим действием. Стрессоры могут усугубить какое-то уже существующее условие для возникновения расстройства, в результате чего расстройство становится очевидным. Подобное происходит в пубертатном и подростковом возрасте.

Провоцирующим действием. Стрессоры могут быть решающим событием в фазе до начала расстройства, или – при долго продолжающейся перегрузке.

Протективные относительно расстройства функции (могут иметь).

Стрессовое событие может иногда привести к активации личностных и социальных ресурсов.

Стрессы могут вызвать:

Критические, изменяющие жизнь события (макрострессоры). Под критическими, изменяющими жизнь событиями понимаются такие события в жизни человека, которые удовлетворяют, по меньшей мере, трем критериям:

- Их можно датировать и локализовать во времени и пространстве, что отличает их от хронических стрессов.
- Они требуют качественной структурной реорганизации в структуре индивид–окружающий мир, и этим отличаются от временной, преходящей адаптации.

- Они сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это регулярно происходит в поведенческой жизни.

Критические, изменяющие жизнь события называются нормативными, если их можно предсказать (поступление в школу, вуз, экзамены и т.д.).

Ненормативные критические, изменяющие жизнь события отличаются внезапностью и непредсказуемостью (неожиданная смерть, внезапный развод, уход супруга(и) и т.д.).

Критическими могут оказаться как позитивные жизненные события, так и негативные. В том и другом случае психика подвергается стойкой перегрузке из-за необходимости адаптации.

Важное значение при воздействии стрессов на психику имеют и такие факторы:

- интенсивность и длительность события;
- отдельное событие или кумуляция событий и стрессов;
- объем изменений, которые влекут за собой событие и затраты на новое приспособление;
- прогнозируемость и вероятность наступления (момента наступления);
- новизна события и неосведомленность о нем;
- двусмысленность и недостаток определенности;
- контролируемость событий.

Интерес представляют жизненные события, предшествующие началу расстройства.

Связь критических жизненных событий с причинами расстройств

На сегодня наиболее исследована связь критических жизненных событий с депрессивными расстройствами, а также тревожными расстройствами и шизофренией.

Ученые-психологи указывают на повышенное число критических жизненных событий на фазе, предшествующей началу депрессивных расстройств. Например, Келлер утверждает:

- Можно твердо констатировать наличие связи между переживаниями критических жизненных событий и наступлением эпизодов большой депрессии.
- Прочность этой связи варьируется у разных авторов и зависит от использованных автором жизненных событий и от негативной значимости событий. Однако сегодня доказать бесспорную связь трудно в силу недостаточности уровня экспериментального оснащения.

Известно, что исследования Айзенка о возникновении страха указывают на критические жизненные события, т.е. то, что стрессовые со-

бытия провоцируют многие тревожные расстройства. Однако исследования стрессового воздействия на развитие депрессии считаются более основательными. Наука располагает четкими данными только в отношении панического расстройства, агорафобии и навязчивого состояния.

Исследования этиологии шизофрении приходят к выводу, что нет оснований говорить о безусловном участии жизненных событий в возникновении шизофрении; однако есть свидетельства того, что критические жизненные события обладают пусть и небольшим, но не всегда однозначным влиянием на течение этого заболевания. Но и меньшие повседневные перегрузки имеют значение для возникновения и течения шизофрении, прежде всего хронические семейные стрессы.

Травматические события и травматический стресс

Травма – событие высокой интенсивности при одновременном отсутствии возможности адекватного совладания и превышения приспособительного потенциала индивида, следствием чего могут быть нарушения адаптации и расстройства, связанные со стрессом. По общепринятой классификации травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью, угрозой смерти, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности; при этом данное событие может затрагивать человека прямо или косвенно, через релевантных лиц. Но иногда травма возникает из-за того, что человек становится свидетелем угрожающей кому-то опасности. Итак, травматический стресс можно определить как специфический класс критических, изменяющих жизнь событий, которым присущи следующие характеристики: они нежелательны, обладают крайне негативным воздействием по причине серьезной угрозы жизни (собственной) и высокой интенсивностью; их тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; они превышают возможности совладения и чаще всего непредсказуемые; нередко обладают новизной и случаются внезапно и непредвиденно. Энергия для новой адаптации требуется огромная, так как обычно эти события затрагивают не только самого индивида, но и близких ему людей, иногда материальное имущество, иногда и социальное и личное существование в целом (природная стихия: ураган, тайфун и т.д.). В этом случае жертвы травматических событий подвергаются многократным перегрузкам.

Связь с психическими расстройствами

Несмотря на интенсивность травматических событий, их экстремальную негативность и мощные энергетические затраты, необходимые для адаптации, реакции на них очень разные: у большинства людей эти события проходят через несколько дней, недель

(4–6) или перерабатываются в события и переживания, интегрируются в Я-концепцию. Однако надо помнить, что все же травмы оставляют после себя ощутимые следы в форме психических изменений, которые иногда развиваются в психическое расстройство.

Такого рода расстройства гетерогенные: расстройство может наступить быстрее (через минуты, часы) или медленнее (дни, недели, месяцы), иметь среднюю или очень сильную выраженность, могут быть затронуты разные психические системы и т.д. Интенсивнее всего исследовано посттравматическое стрессовое расстройство. При этом наблюдается:

- повторяющееся переживание травматического опыта (сны, мысли и т.д.);
- избегание связанных с травмой раздражителей (мысли, люди, места и т.д.);
- редукция общей способности к переживанию (сокращение социальных контактов, снижение интенсивности эмоциональных реакций);
- провалы в воспоминаниях о травме.

Повседневные перегрузки и их воздействие (микрострессы)

«Люди сходят с ума не из-за крупных превратностей судьбы, а по вине непрекращающихся ежедневных трагедий».

Под повседневными перегрузками понимаются:

− события, вызывающие нарушения, в повседневной жизни, которые плохо сказываются на самочувствии, ощущаются как угрожающие, оскорбительные;

− мелкие, жизненные события (негативные), обладающие высокой вероятностью наступления в жизни индивида;

− отягощающие эпизоды повседневного переживания и поведения, требующие адаптации.

К ним часто относятся: недовольство собственным весом и внешностью, состояние здоровья кого-то из членов семьи, повышение цен, отношения на работе и т.д.

Тот факт, что повседневные стрессовые события потенциально способствуют расстройствам, можно считать хорошо подтвержденным эмпирически.

Хронические перегрузки и их воздействие

Понятие «хронические перегрузки» определяется временной протяженностью стресса.

В противоположность поведенческим перегрузкам хронические перегрузки продолжаются более долгое время и представляют собой все время повторяющиеся тяжелые испытания (таковы пере-

грузки на работе или в семье, часто называемые хроническим напряжением). Но под хронической перегрузкой можно понимать затянувшиеся по вине дискретных событий перегрузки (долго испытываемый стресс после развода, смерть близкого человека и т.д.; межличностные расстройства, шизофрения, депрессия и др.).

Факторы, изменяющие связь стрессов с психическими расстройствами

Безусловно, не все люди одинаково реагируют на одни и те же стрессоры, причина в личностных свойствах, компетентности в совладении с перегрузками и др. Но важной причиной остаются все-таки особенности самой личности. При этом наибольшее значение имеют:

- эмоциональная стабильность (при высокой эмоциональной стабильности расстройства возникают реже, чем при ее малой выраженности;
- душевное здоровье (умение справляться с внутренними и внешними требованиями);
- выносливость (комплексная система убеждений самого себя: смысловая и целевая ориентация, убежденность в том, что изменения – это часть жизни).

Личность должна знать, что высокий личностный гнев или хронический гнев и враждебность заметно связаны с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

- тип защиты.

Зигмунд Фрейд предложил концепцию защитных механизмов, которая была развита Анной Фрейд.

Концепция совладания со стрессом

В концепциях совладания со стрессом делается попытка осмыслить тот процесс, который начинается переработкой информации и через стрессовые эмоции приводит к адаптивным реакциям. «Копинг» означает здесь адаптивное поведение совладания в целях восстановления равновесия. Две концепции представляют собой более ранний и более поздний взгляды разных ученых на формирование защитных механизмов.

Концепция Зигмунда и Анны Фрейд

По представлению Фрейда, «Я» под влиянием требований сверх-«Я» пытается отразить компрометирующие требования инстинктов. В ходе развития человек выстраивает защитные механизмы, чтобы уметь защититься от внутренних раздражителей, т.е. не допустить угрожающие раздражители до сознания.

Проекция	Желания или чувства, вызывающие страх экстернализируются и приписываются другим
Отрицание	Потенциально травматическая реальность не воспринимается как таковая
Рационализация	Для проблем, связанных со страхом, ищется разумное объяснение, чтобы избавить их от угрожающего состояния
Реактивное образование	Неприемлемые угрожающие импульсы нейтрализуются, трансформируясь в свою противоположность (агрессия – в заботливость)
Вытеснение	Мысли, образы, воспоминания, вызывающие страх, вытесняются в бессознательное или ставится препятствие для их презентации в сознании
Регрессия	Переход какой-то формы психической организации на более раннюю ступень, характеризующуюся более простыми структурами
Сублимация	Приемлемая для данной культуры трансформация сексуальных инстинктов в какую-либо несексуальную сферу, где они могли бы раскрыться
Идентификация	Решение конфликта происходит посредством перенятия ценностей, мировоззрений и т.д. какого-то другого лица

Когнитивно-феноменологический подход Лазаруса
(см. табл. 5.2)

Лазарус рассматривает стрессовую ситуацию как результат отношений между особенностями выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека ресурсами.

Качество этих отношений проявляется через когнитивные процессы оценки. Стрессорами могут оказаться не только внешние, но и внутренние требования – цели, ценности, оценки, и если они игнорируются или не реализуются, то это тоже может привести к психическим расстройствам. Благодаря первичной оценке организм постоянно находится настороже: не происходят ли какие-либо изменения, к которым надо приспособиться, чтобы сохранить благополучие. Если события сочли незначительными, они не приведут к негативным изменениям, как и позитивное для организма событие.

Третий тип событий (оценка) нуждается в адаптации. Итак, человек сам дает оценку событию, делает вывод о его влиянии (позитивное или негативное) и соответствующим образом поступает.

Таксономия копинг-реакций и копинг-действий

Копинг, ориентированный на ситуацию	Активное влияние
	Бегство/уход
	Пассивность
Копинг, ориентированный на репрезентацию	Поиск информации
	Вытеснение информации
Копинг, ориентированный на оценку	Переоценка/придание смысла
	Изменение цели

Влияние копинга на здоровье и на психические расстройства

Доказано, что люди, руководствующиеся правилами предложенного выше поведения, более успешно справляются со стрессовыми ситуациями. Оказалось также, что депрессивные лица склонны нарушать предлагаемые правила поведения и активно влиять на контролируемые стрессоры. Больные с большой депрессией недооценивают контролируемость и преобразуемость стрессоров и более пассивны. Адекватный копинг предполагает и адекватность ситуации.

Отдельные исследователи предлагают совладение со стрессом при помощи партнера (диадический копинг), который обладает также позитивным воздействием.

В преодолении стрессов, в организации копинга имеют большое значение *социальная сеть, социальная поддержка.*

5 путей позитивного воздействия:

- социальный эффект щита
- когнитивный эффект щита
- эффект эмоционального облегчения
- когнитивный эффект совладания
- социальное совладание

1.6.2. Систематика клинико-психологической интервенции

Методы психологической интервенции

Психологическая интервенция – применение психологических, а не медицинских средств.

Психологические средства применяются тогда, когда надо достичь кратковременных или длительных изменений путем воздействия на эмоции и поведение.

Выделяются следующие группы методов интервенции, примыкающие к трем большим прикладным сферам: психологии труда и организационной психологии, педагогической психологии и клинической психологии, иногда они пересекаются друг с другом. Можно выделить также нейропсихологическую интервенцию, психологическую интервенцию в судебной сфере и т.д.

Методы клинико-психологической интервенции следующие:

- Выбор средств. Типичные психологические средства – беседа, тренинг, межличностные отношения как факторы влияния (имеют всегда точку приложения в эмоциях и поведении и совершаются в социальном общении между врачующим и врачуемым).

Психологические средства можно использовать также при соматических заболеваниях.

Психологические средства для врачевания привлекались с давних времен: уже в античном мире меланхолию лечили музыкой и танцами.

В XVIII веке – господствовала диететика.

В XIX веке – произошел прорыв психологических средств (З. Фрейд).

Мери Беккер-Эдди – верою излечила многих пациентов, особенно верою в Бога.

Методы клинико-психологической интервенции отличаются своими функциями от других психологических интервенций.

Функции клинико-психологической интервенции следующие:

1. Функция гигиены и профилактики.
   - Функция гигиены – масштабные мероприятия (санитарные и гигиенические), способствующие психическому здоровью.
   - Функция профилактики – предотвращение психических расстройств.

2. Функция лечения, терапии, в том числе и психотерапии. Цель – лечение, снижение числа заболеваний.
3. Функция реабилитации – помочь человеку заново в полной мере включиться в работу, социальную сферу, общество.

Эти функции называют также первичной, вторичной и третичной профилактикой. (см. табл. 5.3; 5.4; 5.5)

Первоочередной целью может быть и соматическая и непосредственно психическая сфера.

Плоскости интервенции

1. Плоскость психических функций (восприятие, память, научение) или нарушений этих функций.
2. Плоскость паттернов функционирования или нарушений паттернов функционирования (синдромы, диагнозы).
3. Плоскость межличностных систем (диада, семья, школа, предприятие и т.д.).

1.6.3. Общее в структуре течения расстройства (болезни)

1. Фазы изменения у пациента:
   - фаза предразмышления;
   - фаза размышления;
   - фаза подготовки;
   - фаза действий (осуществить терапевтический процесс);
   - фаза сохранения достигнутых результатов.
2. Различают четыре типа течения заболевания:
   - стабильный (застывает в какой-то фазе в течение длительного времени);
   - прогрессирующий тип течения (можно установить линейное движение от одной стадии к другой);
   - регрессивный тип (пациент возвращается из более поздней стадии в более раннюю);
   - рециркуляция (у пациентов по меньшей мере дважды меняется направленность изменений).

Деятельность психотерапевта

Во всех случаях первая и главная задача – установить отношения с пациентом. В дальнейшем деятельность определяется фазой психотерапии, целями, средствами.

Таблица 6.6

Структура психотерапии

Фаза	Цель	Средства
1. Показания.	✓ Постановка диагноза. ✓ Выбор подходящих терапевтических методов. Медицинская интервенция? Психологическая интервенция. Какие конкретно методы клинико-психологической терапии? ✓ Информация о терапии. ✓ Информационное согласие.	Интервью/анализ. Личностные и клинические тесты. Иногда медицинское обследование.
2. Создание терапевтических отношений и объяснение проблемы и целей терапии.	✓ Ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли – роли пациента). ✓ Формирование ожидания позитивных изменений. ✓ Создание терапевтических отношений. В случае необходимости – объяснение этиологии.	✓ Проявление положительного принятия и эмпатии. ✓ Пояснение терапевтических правил «игры». ✓ Терапевтический контакт.
3. Проигрывание терапевтического научения (цели сеанса и цели лечения).	✓ Систематическое овладение навыками и умениями (поведенческая терапия). ✓ Анализ мотивов поведения и эмоций (психоанализ). ✓ Реструктурирование образа «Я» (разговорная психотерапия).	✓ Применение конкретных психотерапевтических техник. ✓ Непрерывное наблюдение и оценка течения терапии.
4. Оценка до и после окончания терапии.	✓ Психодиагностика достижения психотерапевтической цели. ✓ Гарантия генерализации результатов терапии. ✓ Формальное окончание терапевтических отношений.	✓ Беседа. ✓ Диагностические методы. ✓ Сокращение числа терапевтических контактов. ✓ Взаимное соглашение об окончании терапии.

<u>Об организации научения</u>

Общие цели и их структура в психотерапии

Тип цели	Примеры
Конкретные и краткосрочные цели терапевтического сеанса.	✓ Повышение самоэксплорации. ✓ Уменьшение страха при разговоре на табуированные темы. ✓ Адекватное исполнение роли в игре. Следование инструкциям при выполнении упражнений.
Микрорезультаты (конкретные и краткосрочные).	✓ Перестать избегать конкретной повседневной ситуации, избегаемой прежде. ✓ Научиться лучше понимать, с чем связана конкретная ситуация конфликта.
Макрорезультаты (глобальные и долгосрочные).	✓ Позитивный образ «Я». ✓ Адекватная сила «Я». ✓ Адекватное ожидание самоэффективности. ✓ Улучшение коммуникативной способности. ✓ Стабильные и ситуативно актуализуемые умения и навыки.

(см. табл. 6.7)

1.6.4. Основные механизмы изменения в психотерапии, общие для всех школ

I. Механизмы и процессы, общие для всех теорий

Для всех теорий различают четыре основных механизма изменения, которые всегда участвуют в психотерапевтическом научении. Эти механизмы активизируются разными терапевтическими методами, причем в каждом конкретном случае по-разному.

Первый механизм – компетентность в совладании (преодолении), касается способности пациента к приобретению отсутствующих при данном расстройстве умений и навыков совладания. Благодаря способности к адекватному поведению в проблемных ситуациях пациент изменяет также вторичную оценку своих умений и ожидание самоэффективности повышается. В качестве метода, активизирующего этот механизм, называют экспозиционную терапию.

Вторым основным механизмом (прояснение и коррекция значений) является изменение первичной оценки (в духе Лазаруса). Страх, например, может быть результатом оценки какой-то ситуации как угрожающей главным целям, терапевтическое воздействие должно помочь осознать и прояснить это.

Третий механизм (актуализация проблемы) состоит в актуализировании проблемных паттернов эмоций и поведения с целью создания оптимальных условий научения, чтобы стимулировать процессы изменений не только в плоскости символических языковых взаимодействий. Тем самым становится возможным непосредственное получение нового опыта. Это обеспечивается в таких видах терапии как психодрама, в ролевых интерактных играх, а также в отношениях переноса и их переработке.

Четвертый механизм (активация ресурсов) означает мобилизацию сил со стороны пациента, необходимую для того, чтобы в нем произошли и стабилизировались изменения.

Психотерапия, базирующаяся на исследовании, должна иметь техники для всех основных механизмов и применять эти техники следует адаптируя их в каждом конкретном случае в соответствии с фазами терапевтического процесса. Эти механизмы можно концептуализировать и на более высоком уровне, благодаря чему их число увеличивается. Кроме того, выбор теоретической плоскости может быть и другим: все зависит от конкретной ситуации.

Кроме того, различают десять общих для всех шкал изменений. Процессы изменений определяются как открытые и скрытые виды деятельности, в которые включаются индивиды, если хотят изменить проблемы своего поведения. Эти процессы могут иметь разное значение в зависимости от момента времени процесса изме-

нения и от расстройства, или соответственно терапевтических целей. Различные методы ставят акценты на разных изменениях: метод, безусловно, определяется процессом изменения. Инициировать действия/процессы нужно с учетом расстройства и фазы, в которой находится пациент. Если человек с тяжелым поведенческими проблемами пребывает еще только в первой или второй фазе, а лечить его начинают с четвертой, то прогноз будет плохой.

Процессы и интервенции

Процессы изменения	Цели и психологические средства для активизации процессов
Самоэксплорация (саморефлексия)	Получение новой информации о самом себе и о проблемах: наблюдение, конфрантация, интерпретация/толкования, библиотерапия.
Изменение самооценки	Констатация того, что человек сам чувствует и мыслит о самом себе в отношении какой-то проблемы, прояснение ценностей, работа представления, коррективный эмоциональный опыт.
Самоосвобождение	Принятие решения и убежденность по поводу изменения поведения, укрепление веры в способности измениться: терапия принятия решений, логотерапевтическая техника, техника мотивирования.
Контробусловливание	Угашение проблемного поведения с помощью альтернативного поведения: релаксация, десенибилизация, тренинг уверенности в себе, позитивное самоинструктирование.
Контроль стимулов	Угашение или борьба со стимулами, вызывающими проблемное поведение: реструктурирование окружающих условий (например, запретить себе алкоголь или вредные пищевые продукты), избегание опасных ситуаций риска.
Процедуры подкрепления	Самоподкрепление и подкрепление со стороны желательного поведения, договор о строго определенных рамках поведения, открытое или скрытое подкрепление, самовознаграждение.
Отношения к помощи	Доверие к тем людям, которые могут помочь: терапевтический альянс, социальная поддержка, группы самопомощи.
Облегчение выражения эмоций	Умение обнаруживать и выражать чувства по поводу своих проблем и их решения: психодрама, ролевая игра.
Новая оценка окружающих	Определение того, как собственные проблемы отягощают окружающих: тренинг эмпатии.
Социальное освобождение	Приобретение или закрепление конструктивного поведения в социуме: выступление за права угнетенных, занятия активной, в том числе и политической жизненной позиции.

(см. табл. 7.8)

Психологические средства и процессы научения в психотерапевтических интервенциях

(одна из классификаций, или один из вариантов)

1. Формирование стереотипа путем тренировки.

Подразумеваются такие средства, которые должны усиливать аффективные, когнитивные, моторные, поведенческие диспозиции за счет повторения поведения. Особым вариантом тренировки является ментальный тренинг, когда поведение повторяется в соответствии с представлением. Психотерапевт инструктирует и при определенных условиях является моделью. Таким образом, при упражнении используются элементы других групп средств – инструкция и предъявление модели. Упражнение играет большую роль в технике релаксации и в био-обратной связи: упражнение или повторение присутствует и в процессах кондиционирования и декондиционирования. Когнитивные привычные действия тоже изменяются при когнитивном переконструировании путем тренировки.

2. Конфронтация с ситуацией, вызывающей страх.

Многие методы используют это средство для редукции или ослабления аффективных реакций. Этим способом активизируются психологические процессы угашения, контробусловливания или габитуации, в которых участвуют и когнитивные изменения. В качестве социального агента, тормозящего страх, могут действовать также характеристики психотерапевта.

3. Позитивная или негативная, вербальная или невербальная обратная связь со стороны психотерапевта.

Это средство играет роль при любом виде психотерапии, такую форму обратной связи называют еще мотивационной обратной связью. Благодаря этому в мотивационной плоскости начинают работать процессы социального подкрепления. В вербальной интеракции подкрепление присутствует в виде изобразительного внимания, обратной связи, а когда преследуются конкретные цели научения, подкрепление может происходить эксплицитно (как при формировании способов поведения у депрессивных лиц) или имплицитно. Социальным подкреплением объясняется отчасти и воздействие переменных психотерапевта. К средствам этого же типа принадлежит намеренный отказ от наказывающих реакций в вербальной интеракции, когда надо переработать табуированные содержания в частность; именно этим терапевтический диалог отличается от обычного диалога. Подкрепление является также главным терапевтическим средством при применении оперантных методов.

4. Психотерапевт в качестве модели.

В качестве модели адекватных человеческих отношений и адекватных взаимодействий психотерапевт вводит в игру самого себя. Благодаря этому пациент может имитировать новые способы поведения или ослабить нежелательные, например, снижая вызванные страхом тенденции к избеганию. Модели применяются чаще всего в поведенческой терапии.

5. Когнитивные средства.

Сюда относятся разъяснение, убеждение, информационная обратная связь и т.п. психологически эти средства направлены на то, чтобы влиять на когнитивные репрезентации и систему ожиданий. Представители этой психотерапии работают большей частью с когнитивными репрезентациями ситуаций и реакций пациента в форме беседы. Цели состоят в том, чтобы путем информации, убеждения и т.д. изменить эти репрезентации.

6. Психофизиологически ориентированные методы.

При этих методах соматика эксплицитно вовлекается в психологический процесс.

7. Терапевтические отношения.

Терапевтические отношения в различных видах психотерапии систематически действуют как посредник психотерапии. Наиболее дифференцированы в психоанализе благодаря анализу переноса и служат они микросоциальной эмпирической моделью для терапевтического научения. В этом процессе применяются различные средства: социальное подкрепление, научение по моделям и другие когнитивные средства.

Использовать терапевтические отношения в качестве психологического средства для научения – значит создать пациенту микросоциальную (искусственную) модельную ситуацию, представляющую удобный случай разобраться с вызванными страхом содержаниями без риска наказания, возможность без страха испытать модель партнерских отношений, социальное подкрепление.

Разные терапевтические методы имеют, как мы заметили, разное терапевтическое содержание, и применяться должны в соответствии с диагнозом.

1.6.5. Терапевтические воздействия, общие для всех методов

Воздействия психотерапевтические, относительно общие для всех видов расстройств, следующие:

- В плоскости пациента принято считать, что, укрепляя терапевтические отношения, у пациента усиливаем надежду на конструктивные изменения, повышаем сенсибилизацию к эмоциональным и угрожающим самооценке проблемам, улучшаем способность взаимодействия с самим собой (самоэксплорация), становится возможен новый опыт научения.
- В плоскости результата различают микрорезультаты и макрорезультаты. Микрорезультаты – это промежуточные небольшие успехи, достигнутые в отдельных терапевтических сеансах и влияющие на конкретную жизнь и повседневные переживания пациентов между терапевтическими сеансами; какой-то конкретный стрессовый эпизод переживается теперь по-другому, становится более понятно, с чем связано отношение к какому-то человеку и т.д. Из этих краткосрочных мелких эффектов складываются макрорезультаты, имеющие долгосрочное значение, касающееся более значимых личностных структур. Это могут быть новые установки, умения и т.д. В этом смысле при успешной терапии можно предполагать усиление ожидания самоэффективности и в связи с этим – возрастание чувства собственной оценки. Новое видение самого себя означает также более интегрированное и приемлемое понимание собственных прежних проблем и собственной истории научения. Вдобавок к новой самооценке, самоинтерпретации пациенты обычно научаются и по-новому интерпретировать окружающих. Помимо этих (скорее когнитивных расстройств) передаются и новые социальные навыки.

В основном же выделяют три фактора воздействия:

– изменение самочувствия;
– изменение симптомов;
– изменение структуры личности.

Результаты показывают, что изменениям личности, если таковые вообще происходят, предшествуют изменения субъективного самочувствия и симптоматики.

Однако надо отметить, что на результат научения во всех случаях влияют взаимодействующие между собой группы факторов, например, таких, как переменные психотерапевта, переменные пациента как признаки диады и переменные социокультурного контекста. Под этими переменными подразумеваются те признаки психотерапии, которые, выраженные в более или менее сильной форме,

можно констатировать при большинстве форм терапии. Этой степенью выраженности обусловливается внутриметодическая вариативность и индивидуализация конкретных видов терапии. Специфические техники – это конкретные терапевтические схемы действий или правила действий, применяемые для достижения определенных целей.

Переменные психотерапевта, общие для всех методов

Под этими переменными понимаются характеристики психотерапевта, степень выраженности которых, вероятно, функционально связана с переменными процесса и результата со стороны пациента.

Одна из классификаций характеристик переменных психотерапевта

Объективные

1. Возраст. Пол. Этническая принадлежность.	2. Профессиональный фон. Терапевтический стиль. Терапевтическая интервенция.
3. Тип личности и вид копинга. Эмоциональное самочувствие. Ценности, установки.	4. Терапевтические отношения. Ожидания. Признаки социального влияния.

Субъективные

■ В отношении переменных возраста, пола и этнической принадлежности унифицированных данных не имеется. Но, по-видимому (предполагается), если пациент и психотерапевт похожи между собой в этих переменных, то это обстоятельство оказывает, если не главное, но все же положительное влияние на терапию.

■ В последние годы уделяется большое внимание такой группе факторов, которые можно называть как способность устанавливать теплые, уважительные, не вызывающие страх отношения с пациентом. Теплота, эмпатия, подлинность относятся к этому комплексу переменных, имеющих значение для всех видов психотерапии, а также для лечения нарушенных функций. Свыше 1000 результатов говорят о том, что этот фактор является основной переменной психотерапевта как в индивидуальной, так и в групповой терапии и сильно влияет на воздействие терапии в целом.

Переменная ожидания. Ожидания и установки психотерапевта по отношению к пациенту, скорее всего, влияют в смысле эффекта на поведение и психотерапевта, и пациента. Исследования показывают, что наиболее сильное воздействие наблюдается в том случае, если ожидания психотерапевта и пациента позитивны.

■ <u>Третья группа переменных психотерапевта – это личностные характеристики</u>, которые выступают для пациентов в качестве модели. Воздействием модели обладают более или менее независимо от пациента такие характеристики психотерапевта, как уверенность в себе, принятие себя, отсутствие тревоги или толерантность к фрустрации, а также ценностные и общие установки.

■ <u>По поводу переменной опыта – фактора, который естественным образом представляется, возможно, особенно важным к настоящему времени нет унифицированных данных.</u> Психологами эта переменная оценивается высоко (в плане их собственного развития), пациенты в оценке этой переменной неоднозначны. Однако доказано, что врачующие, порой не имеющие медицинского и психологического образования, пройдя интенсивный терапевтический тренинг, способны успешно помочь пациенту в его проблеме. Но при более тяжелых расстройствах опытные психологи добиваются лучших результатов, чем неопытные.

Переменные пациента, общие для всех методов

Характеристики пациента тоже можно исследовать относительно их значения для терапевтического процесса.

■ Еще в 60-е годы была выделена в качестве социально-психологического фактора терапии – привлекательность пациента. Считается, что психотерапевту легче выстраивать позитивные отношения с пациентами молодыми, привлекательными, вербально-одаренными, умными, благополучными и т.д. Но это предположение не является, безусловно, истинным, поскольку симпатия – явление динамичное, может изменяться в процессе взаимодействия характеров.

■ Следующей переменной пациента можно назвать терапевтическое ожидание, что является общим для всех методов. Степень соответствия конкретного терапевтического предложения может существенно повлиять на течение терапии. Другой аспект ожидания – ожидание успеха со стороны пациента, что, несомненно, является позитивным фактором при терапии. Фактором позитивного ожидания является и тот аспект, что пациент убежден в компетентности психолога и ждет от него успеха в решении проблемы пациента. Однако ожидание пациента не во всех фазах имеет одинаковое значение, и психолог должен это учитывать.

■ Мера дефензивности как общая для всех методов переменная пациента была доказана в ряде научных исследований (смысловая и целевая ориентация человека). Интерпретировать такие переменные как «готовность пациента приступить к терапии» и «самоэксплорация пациента» можно, оперируя конструктом дефензивно-

сти. Реактивность, называемую в психоанализе сопротивлением, можно понимать, как динамическую концептуализацию защиты.

■ Исследовалось и влияние на успех терапии и возраста, пола, силы «Я» и уровня интеллекта. Учитывались такие данные, как «перенос» и «сопротивление».

■ Важной переменной пациента является интенсивность и форма расстройства, ибо прогноз терапевтического успеха во многом определяется именно этой переменной.

Однако ни переменные психотерапевта, ни переменные пациента нельзя считать индивидуально независимыми друг от друга: они состоят в индивидуальном взаимодействии, что затрудняет их эмпирическое исследование.

Общие для всех методов признаки диады психотерапевт–пациент

Признаки диады психотерапевт–пациент характеризуют структуру отношений между оказывающим помощь и нуждающимся в помощи, и их нельзя сводить к характеристикам одного или другого партнера по интеракции. Применительно к психотерапии выдвигаются следующие признаки диады, имеющие значение для терапевтического прогноза:

- ■ Взаимная межличностная привлекательность или симпатия означает в какой мере два человека имеют по отношению друг к другу позитивную направленность.
- ■ Другой аспект диады – это соответствие (соразмерность) характеристики психолога и пациента в смысле сходства или дополнения личностных признаков.
- ■ К признакам диады принадлежат также формальные признаки взаимодействия психотерапевт–пациент, например, обмен репликами, согласие в позициях подкрепления и наказания.

Общие для всех методов переменные институционального, социального и социокультурного контекста

1. Процесс лечения или психотерапии происходит, естественно, в каком-то институциональном и организационном контексте, что влияет на терапевтические условия, следовательно, и результат. (Это сказывается на отборе пациентов: дорога к психологу, стоимость проезда, стоимость лечения, социальный престиж учреждения).
2. Терапевтически процесс зависит также от социального окружения пациента: необходимости социальной поддержки.
3. Разнообразно влияют и социокультурные факторы: компетентность пациента.

1.6.6. Систематика психотерапевтических форм лечения

Классификация по формальным признакам

Методы лечения можно охарактеризовать по следующим формальным признакам:

■ ***Число партнеров в терапевтическом взаимодействии:*** один или несколько (если несколько индивидов – это может быть групповая или семейная терапия; в группе может быть до 8 человек, иногда больше).

■ ***Фактор времени: долговременная терапия или кратковременная***. Обычная разговорная психотерапия продолжается от 10 до 40 сеансов; классический психоанализ может охватить от 2-х до 4-х лет – по 2–4 сеанса в неделю. Долговременный вариант применяется очень редко. Поведенческая и когнитивная психотерапия в среднем продолжаются от 30 до 40 часов.

Краткосрочная терапия в норме занимает от 10 до 20 часов. Цели ее тоже более быстро реализуемые. Длительность лечения нарушенных функций варьирует в больших пределах и зависит от многих факторов. Нарушения речи вследствие церебральных нарушений иной раз лечатся годами.

■ Сфера компетенции психотерапевта: прямые, медиаторные методы, методы самопомощи. ***Прямые методы*** (терапевтические методы) – психотерапевты работают напрямую с определенными пациентами, парами, группами и т.д. ***Медиаторные методы*** предполагают, что воздействие направляется не на пациентов непосредственно, а на релевантных лиц. Действуя через медиаторов и переводя таким образом полномочия специалистов-профессионалов, психотерапевт старается привлечь непосредственное окружение пациента к терапии или использовать его в помощь терапии. Для ***методов самопомощи*** характерны самоорганизации индивида, ищущего помощи, и отсутствие специалистов. Специалисты в этом случае только дают стимул к началу терапии.

■ Плоскости влияния. Различают интраперсональные функции и паттерны функционирования, интерперсональные системы.

Ориентация на отношения психотерапевт–пациент: психоанализ

Известно что, психическая болезнь выражается в психических и соматических симптомах и нарушениях, в основе которых лежат актуальные психологические кризисы или же изменения патологические, изменения психических структур. Под психическими структурами нами подразумеваются врожденные диспозиционные, а также приобретенные в течение жизни основы психической жизни, ко-

торые можно наблюдать прямо или выявить косвенно. Расстройства отношений тоже могут быть выражением болезни, если можно доказать причинную связь с болезненным изменением психического или физического душевного состояния человека.

Душевная болезнь возникает тогда, когда бессознательные факторы препятствуют минимально необходимому эмоциональному хорошему самочувствию, самореализации в социальных отношениях, а также уверенности в своем материальном положении и проявляются или непосредственно, или в виде психофизических симптомов. В теории психоанализа возникновение психического или соматического симптома понимается как результат компромисса между вытесненными, бессознательными импульсами и противодействующими им защитными механизмами. Согласно этой теории, терапевтическое изменение путем психоанализа объясняется тем, что при интерпретации эти бессознательные конфликты между инстинктивным влечением и защитой становятся осознанными и разрешаются; соответствующие же формы защиты представляются в терапевтических отношениях в виде сопротивления. Основное сопротивление в лечении – это перенос, так называется бессознательное воспроизведение в терапевтических отношениях более ранних конфликтов с родительской фигурой.

Здоровье не означает полного разрешение конфликтов прошлого. Кроме «достаточной меры удовлетворенности и работоспособности» здоровье означает еще и способность мобилизовать заторможенные до этого психические процессы «здесь» и «теперь» в психотерапевтических отношениях и разрешить вновь возникающие конфликты в соответствии с условиями и возможностями настоящего.

Психотерапия, основанная на глубинной психологии, содержит такие формы терапии, которые ориентированы на устранение бессознательной психодинамики актуальных невротических конфликтов. При этом концентрация терапевтического процесса достигается благодаря отграничению цели лечения и ограничению регрессивных процессов. К глубиннопсихологической психотерапии принадлежит аналитическая краткосрочная или фокальная терапия, динамическая психотерапия, а также терапия с относительно редкими сеансами при долгосрочных, прочных терапевтических отношениях (суппоративная психотерапия). В аналитической психотерапии мишенью ее наряду с невротической симптоматикой является невротический конфликт. В центре терапевтического процесса стоит анализ переноса и сопротивления при учете регрессивных процессов. Обобщенно можно сказать, что предметом терапии является бессознательная психодинамика невротических расстройств и психической и/или соматической симптоматикой.

Техники интервенции, правила лечения

Формы интервенции

Психоаналитически обоснованные психотерапевтические методы, характеризуются тремя техническими признаками:

- нейтралитетом аналитика-психотерапевта;
- преимущественным использованием интерпретации;
- систематическим анализом переноса.

Психоаналитическое лечение может проводиться с разной частотой (максимум 5 часов в неделю, минимум 1–2 часа в месяц), в разной обстановке (один человек в кресле или на кушетке, пара, семья, группа) и с разной длительностью (от нескольких недель до нескольких месяцев, лет). Классический психоанализ на кушетке представляет собой частую (от 3 до 5 часов в неделю) индивидуальную терапию, как правило, продолжающуюся несколько лет; психоаналитическая краткосрочная терапия составляет несколько часов (максимум 50).

Среди психоаналитических методов особенное значение приписывают глубиннопсихологической терапии и психоаналитической, так как они получили большое распространение в психотерапевтическом обслуживании населения.

Аналитическая психотерапия как эмоциональный опыт
(анализ переноса и сопротивления)

Для Фрейда перенос – автоматически включающийся процесс, повторение старого поведения в отношениях с другими людьми. В новых концепциях подчеркивается значение предлагаемых психотерапевтом отношений. Аналитическая ситуация – это аналитические отношения. Считается, что аналитический процесс можно понимать как эквивалент процесса созревания у младенца, и если психотерапевт адекватно формирует перенос, то этим он вносит вклад в развитие пациента. Психотерапевт должен быть готовым дать сбить себя с толку и выстоять в этой ситуации.

Современный психоанализ все больше осознает, что бессознательное пациента фокусирует на аналитике любовь и ненависть, страх и защиту. Тем самым перенос создает основу для трудностей пациента, всех его страданий и страхов во время лечения, а анализ всего этого в конечном счете изменяет его переживания и поведение.

Бессознательное повторение старых аспектов переживаний и нежелание отказаться от них часто служит защитой от болезненных, мучительных или угрожающих аффектов, связанных с давними конфликтами. Следовательно, сопротивление можно понимать как бессознательную активность в целях самозащиты, в ней отражаются

решения, которые пациент нашел в ходе своего развития, чтобы защититься от подавляющего болезненного и угрожающего аффективного опыта. Также и перенос может служить тому, чтобы не вспоминать о травматических событиях. Таким образом, анализ переноса соседствует с анализом сопротивления эмоциональным воспоминаниям о прежних страданиях, страхе, ненависти.

В новой трактовке иначе понимается и интерпретация. Следуя Фрейду, она должна помочь пациенту переживать новый эмоциональный опыт в соответствии с инсайтом, приобретенным благодаря интерпретации отношений к аналитику и внеаналитических взаимоотношений. В современном же психоанализе этот следственный ряд в некотором роде переворачивается: исходной точкой является новый эмоциональный опыт, полученный во время встреч с психологом: и он-то и делает возможным интерпретацию и инсайт.

При этой концепции технику определяет глубина регрессии. Иными словами, пациенту дается возможность повторного эмоционального переживания ранних, часто инфантильных зависимых способов поведения, желаний и форм отношений, а также связанных с ними чувств. Регрессии благоприятствует типичное для аналитической психотерапии молчание аналитика, его отказ отвечать на вопросы, выполнять желания пациента. Главным признаком этих техник является манипуляционное достижение корригирующего эмоционального опыта одного, в терапевтических отношениях двух людей. В данном случае для успеха терапии большое значение приобретает терапевтический альянс между пациентом и психоаналитиком. На базе этого альянса только и становится возможным желаемый корригирующий эмоциональный опыт. На этом фоне особое значение приобретают профессиональная компетентность и психотерапевтический опыт.

Метод свободных ассоциаций – основное правило психоанализа

Известно основное правило психотерапии – пациент может (и должен) сообщать психотерапевту все мысли и чувства, которые осознаются им в ходе лечения. Уже в начале психотерапевт говорит пациенту: «Попробуйте говорить все, что вами движет, все, что вы чувствуете и думаете, это облегчит терапию». Эти рекомендации даются пациенту на том основании, что такого рода ассоциации указывают на представления пациента, которые он без интерпретации психотерапевта не смог бы пережить осознанно и которые находятся в тесной причинной связи с его конфликтами и расстройствами.

Метод свободных ассоциаций описывался и использовался еще в античности. Систематизацией этого метода мы обязаны Гальтону и Фрейду, который доказал, что этот метод не только продук-

тивнее в присутствии слушателя, но свободные ассоциации в отношениях двух лиц часто направлены на присутствующего психотерапевта, особенно если психотерапевт воздерживается от вербальных выражений и держит при себе свои оценки, мнения, вопросы, интерпретации, даже не отвечает на вопросы пациента и при этом внимательно слушает его. Такая позиция психотерапевта способствует его равноценному вниманию, когда психотерапевт пытается в равной мере отдаться впечатлениям как собственных мыслей и фантазий, так и выражений пациента, не отдавая предпочтения этому или другому. Но поскольку не все может в равной мере оставаться в состоянии равновесия, внимание психотерапевта непроизвольно обращается в определенном направлении, благодаря чему из самых разнообразный мыслей, чувств, фантазий выбирается что-то одно. Итак, благодаря технике равноценного внимания психотерапевт следует мыслям и оценкам пациента, эмпатически вникает в его мир, не делая никакого выбора на основании субъективных ценностей, установок или ожиданий, и все время занимает позицию ответственного наблюдателя, с которой беспрестанно проверяя себя, задает себе, вопрос, почему его мысли обратились в то или иное направление.

Интерпретация – аналитическая психотерапия как инсайт-терапия

Восстановление разорванных связей, т.е. возможность понять актуальные переживания и поведение исходя из индивидуальной истории жизни и осмысленно соединить одно с другим – это существенный элемент в психоаналитической психотерапии. Психотерапевт указывает на наличие соединений, связей и значений, напоминает пациенту забытые им высказывания или конфронтирует его с каким-то несоответствием, противоречием в нем самом с каким-нибудь неверным представлением, очевидным, хотя и неосознанным, упущением.

Таким способом пациенту удается порой понять взаимосвязь различных фрагментов его поведения, чувств, фантазий и опыта. Все это вместе – инсайт, классификация, конфронтация – включает понятие интерпретация. Следует заметить, что интерпретации – не имеют ничего общего и с лингвистическими техниками; интерпретации означают, в смысле терапевтической интервенции, активное участие психотерапевта, которое помогает пациенту понять и ускорить психотерапевтический процесс, т.е. когда мы говорим об интерпретации, то имеем в виду не столько какую-то технику, сопоставимую с другими психотерапевтическими методами, сколько комплексный интерактивный, т.е. особенно эмоциональный процесс, так что контролировать и прогнозировать его можно лишь ог-

раниченно. В защищенном пространстве терапевтических отношений пациент имеет возможность апробировать, устоят ли новые смысловые связи, возникшие благодаря интерпретации и инсайту на фоне его индивидуальной истории жизни, при реорганизации его патогенных социальных отклонений.

Однако частые интерпретации – еще не гарантируют терапевтический успех, интерпретация не является эффективной техникой для улучшения плохих терапевтических отношений. Неверная интерпретация в неподходящее время может даже навредить терапевтическим отношениям хотя бы тем, что вызовет у пациента сильные защитные реакции.

Медиаторный подход

Примером классического лечения с помощью медиаторного подхода, когда значимый другой выступает в роли посредника между пациентом и психотерапевтом, часто приводят пример, опубликованный Фрейдом в 1909 году. Маленький Ганс отказывался выходить на улицу, потому что боялся, что его укусит лошадь. В ходе анализа – роль аналитика была передоверена отцу – выяснилось, что боязнь лошади можно понять на фоне Эдипова комплекса: маленький Ганс перенес на лошадь свой страх перед отцом. Сам Фрейд оставался при лечении совершенно в стороне: он лечил маленького Ганса косвенно, давая указания отцу и получая его сообщения о результатах.

В психоаналитической семейной терапии интервенции проводятся иногда с кем-то из членов семьи с целью воздействовать на другого члена семьи и изменить его аффективные переживания.

Другой формой медиаторного подхода можно считать балинтовские группы, где процесс групповой динамики используется для того, чтобы член группы сумел лучше понять сложные или конфликтные взаимоотношения и взаимодействия с трудным пациентом, о котором он рассказал группе. Все, что происходит между психотерапевтом и пациентом и понимается как результат взаимодействия переноса и контрпереноса, наглядно проявляется в процессе групповой динамики, и если распознать и правильно интерпретировать это, то можно способствовать разрешению диадного конфликта.

Групповая терапия

Как и в аналитической индивидуальной психотерапии, так и в аналитической групповой терапии решающим динамическим фактором является перенос, только в групповой психотерапии он направлен на нескольких членов группы. Цель аналитической групповой терапии состоит также в том, чтобы сделать осознанными бессознательные желания, представления, дать возможность вникнуть в

бессознательные мотивы и тем самым помочь пациенту найти более сообразный с реальностью образ действий.

Групповая ситуация должна при этом дать возможность отдельному пациенту пережить новый эмоциональный опыт за счет того, что он в результате интерпретации, данной аналитиком, осознает бессознательные до этого мотивы и фантазии. Новый эмоциональный опыт приобретается как опыт члена группы.

Ориентация на отношения психотерапевт-пациент: разговорная психотерапия

В центре внимания разговорной психотерапии, основанной Карлом Роджерсом, находятся терапевтические отношения, способствующие изменениям на основе принятия, открытости и эмпатического понимания. Цель в этом случае терапевтических интервенций – предложить клиенту соответствующие отношения, которые тот сумеет изменять и ответить на них. В результате становятся возможны изменения в психической структуре, а также в поведении и переживаниях клиента. Разговорная психотерапия получила широкое распространение. При разговорной терапии Я-концепция охватывает важные стабильные представления индивида о самом себе (типа Я-неудачник). Она возникает из опыта человека в отношении самого себя и из определяющих самооценку взаимодействий с другими, значимыми лицами (родителями, учителями, коллегами, соседями и т.д.) и образует внутренние относительные рамки для нового опыта. Такое состояние, когда значимый (новый) опыт не может быть интегрирован в Я-концепцию, определяется понятием неконгруэнтности. При этом возникают негативные эмоциональные состояния – диффузный страх, угроза или напряжение. Психические процессы и дальнейшее развитие индивида могут быть блокированы. В этих случаях психические расстройства заключаются в негативных способах переживания и поведения вследствие искаженной или отсутствующей символизации опыта. Дисфункциональная Я-концепция по причине своей ригидности препятствует сознанию в получении нового опыта.

Другой же индивид с функциональной Я-концепцией бесстрашно принимает новый опыт, перерабатывает его. Это личность гибкая и открытая, способная полноценно общаться и накапливать опыт.

Значит, главная цель терапии – снижение неконгруэнтности путем реструктурирования Я-концепции при повышении самопринятия и самоактуализации. Предпосылками для этого являются самоэксплорация и открытый и осознанный опыт собственно аффективных эмоций и значений. Все это и есть цели, которых психотерапевт и клиент добиваются в конкретном терапевтическом процессе.

Основной терапевтический постулат требует, чтобы отношения психотерапевт–пациент отличались безусловным принятием, признанием личностной ценности, искренностью, эмпатическим пониманием переживаний пациента в его индивидуальных (нарушенных) рамках. Эти терапевтические цели значимы для всех общающихся лиц, независимо от конкретного расстройства.

Причины неконгруэнтности могут быть различными:

1) неконгруэнтность возникает в результате определенного социального опыта;
2) неконгруэнтность может быть обусловлена био- или нейропсихологическими диспозициями;
3) экзогенными факторами также может быть вызвана неконгруэнтность (злоупотребление алкоголем, психоактивнми веществами и т.д.).

Неконгруэнтность может переживаться конфликтно или бесконфликтно, как при критических жизненных событиях.

Кроме того необходимо знать, что люди могут различаться по своей базовой потребности в конгруэнтности, так же как и по способности восстанавливать конгруэнтность. Поскольку всем людям приходится переживать новый опыт, можно предположить, что и психически здоровые лица время от времени переживают неконгруэнтность. Однако они располагают некоторой терпимостью (толерантностью) к некогруэнтности, а также внутренними личностными возможностями для преодоления неконгруэнтности. В дифференцированной модели неконгруэнтности можно выделить три группы психических расстройств (по МКБ-10).

1. Расстройства без переживания неконгруэнтности – у этих пациентов расстройство уживается с их Я-концепцией, например, при поведенческом расстройстве, расстройстве привычек и влечений (по МКБ-10 F-63). Сюда же относятся снижение интеллекта и отсутствие осознания болезни.
2. Расстройства с компенсированным переживанием неконгруэнтности: хотя здесь имеют место симптомы, вследствие неконгруэнтности, но они не переживаются как угрожающие, потому что есть достаточная толерантность к неконгруэнтности, например, человек имеет компенсированное тревожное расстройство, скажем, просто фобию, которая вполне уживается с Я-концепцией.
3. Расстройства с декомпенсированным переживанием неконгруэнтности: человек, по крайней мере иногда, замечает, что он неконгруэнтен, и имеет мотивацию к изменению. Сюда относятся многие случаи дистимического депрессивного расстройства (МКБ-10 F-34.1), некоторые расстройства из группы тревожных, фобических, навязчивых, стрессовых расстройств, нарушений

адаптации, диссоциативных расстройств и соматоформных расстройств (МКБ-10 F-4). Сюда же относятся психические факторы влияния соматических заболеваний (МКБ-10 F-54).

Разговорная психотерапия показана в первую очередь для третьей группы расстройств с декомпенсированным переживанием неконгруэнтности.

Условия терапевтических отношений

1. Два лица – пациент и психолог вступают друг с другом в отношения. Клиент находится в разладе с самим собой, он раним, тревожен (неконгруэнтен).
2. Психотерапевт в состоянии представить себя, свое переживание в целом в отношениях с клиентом и быть «конгруэнтным» или подлинным.
3. Психотерапевт позитивно относится к клиенту без предварительных условий (не зависимо от условий принятия).
4. Психотерапевт способен вчувствоваться в клиента, понять его и сообщить ему понятое (эмпатия).
5. И, наконец, клиент может воспринять предложенные отношения – и пойти на них.

В каждом отдельном случае эти условия не являются ни достаточными, ни необходимыми. Они в общем характеризуют позиционную концепцию разговорной психотерапии.

В центре внимания психотерапии при этом будут:

- понимание за счет вчувствования или эмпатия, когда имеет место вербализация содержания эмоционального переживания;
- эмоциональная теплота или безусловное положительное принятие;
- подлинность или конгруэнтность.

Во время терапии (это надо всегда понимать) взаимодействуют два субъекта, две индивидуальности.

Подлинность означает открытое, аутентичное и спонтанное поведение психолога и не для формы, а психолог непринужденно и искренне разговаривает с пациентом, если необходимо, и о своих собственных чувствах и мыслях.

Эмоциональная теплота и положительное принятие пациента подразумевают, что психолог принимает пациента таким, каков тот есть, не требует от него какого-то определенного поведения. Терапевтическое принятие не нуждается в отдаче. Эмоциональная теплота не должна быть властной.

Эмпатическое понимание включает в себя признание, принятие и сообщение о чувствах и содержаниях в относительных (внутренних) рамках собеседника. Психотерапевт пытается отражать сказанное клиентом и вдобавок к тому, что клиент выразил непосредст-

венно, старается облечь в слова и сообщить ему составляющие переживания как нечто такое, что он, психотерапевт, считает понятным. Психолог может также сказать и о том, что он усматривает за наблюдаемым поведением и высказыванием клиента. Для успеха клиента решающими являются, прежде всего, точные эмпатические высказывания психотерапевта углубляющего характера, но в этом должно присутствовать точное тематическое отношение к высказываниям, исходящим от пациента.

Считается, что эмпатия базируется на трехфазном процессе:

- психотерапевт переживает эмпатию;
- сообщает ее клиенту;
- клиент воспринимает эмпатию.

И главное в этом общении – уловить и выделить составляющие чувств и составляющие значений и высказываний клиента и точно воспроизвести их в текущей беседе. Этому надо учиться. Для того нужен тренинг.

Кроме того, для успеха разговорной терапии имеют значение: активность психолога, его внутреннее участие и вовлеченность. Важны также конкретизация, обобщение, спецификация.

Интервенции, ориентированные на переработку или задачи

В более новых подходах наряду с ориентацией на отношения подчеркивается ориентация на переработки и задачи с помощью специфических интервенций. В рамках предложения отношений, психотерапевт, в зависимости от хода терапевтического процесса, предлагает определенные способы переработки, основываясь на переменные интервенции или на более общих, управляющих процессом, формы интервенции, такие, как задавание вопросов, конфронтация, разъяснение и т.д., которые годятся для данной проблематики и актуального процесса у конкретного клиента.

Интервенции, ориентированные на переработку, направлены на непосредственные краткосрочные цели, которые клиент должен ставить и которых он должен добиваться, исходя из актуального терапевтического процесса. Психотерапевт здесь не только следует за ходом высказываний клиента, но и активно управляет ими.

Будучи интервенциями, ориентированными на процесс, предлагаемые способы переработки подчиняются принципу индикации процесса. Они используются при типичных терапевтических ситуациях, для которых характерны специфические признаки. Психолог занимает активную позицию и предалагает определенный способ переработки:

- Из прошлого клиента всплывает событие высокой значимости, которое заново прорабатывается и истолковывается.

- ■ Актуальная проблема заслуживает более глубокой эффективной переработки для прояснения личных значений и мотиваций.
- ■ Перерабатывается внезапно возникающий (мотивированный) конфликт.
- ■ Обнаруживаются явные противоречия в высказываниях клиента, и его необходимо конфронтировать с ними.
- ■ Толкование, разъяснение значений.

(Прорабатывается значение, которое клиент придает определенной ситуации).

Процесс интрепретации (толкование, разъяснение значений) включает несколько стадий:

1. Клиент не признает никакой переработки релевантных для него содержаний.
2. Речь заходит о личностно-значимых вещах, однако их однозначной оценки еще не дается.
3. Включают оценку содержаний.
4. Разъяснение и формирование репрезентации (участвуют эффективные и когнитивные значения).
5. Интервенция. Интерпретированные содержания соотносятся с другими аспектами.

- ■ <u>Конфронтация: психотерапевт делает высказывание, которое отличается от актуального представления клиента о самом себе и указывает ему на несоответствия.</u> Предметом конфронтации могут быть и расхождения взглядов психолога и пациента, или несоответствия между реальным и идеальным образом “Я” клиента.

<u>Цель конфронтаций – направить внимание клиента на те феномены, которые ему пока не ясны, и подвергнуть эти феномены переработке.</u> Конфронтация может при этом углублять переживание, поучать или поощрять. Она предполагает наличие хорошо функционирующих отношений психолог–клиент. У клиентов, ориентипрованных на действие, конфронтация более успешна, а клиентам, ориентированным на себя, большую пользу принесет неконфронтирующее поведение психолога.

- ■ Фокусировка. Клиенту предлагается сконцентрироваться на имеющемся у него телесном ощущении, так называемом прочувствованном значении. Совершив несколько пошаговых действий, он должен попытаться ясно назвать до этого лишь прочувствованное значение. После того, как сделана адекватная символизация, телесное чувствование либо меняется, либо исчезает.

В этом случае многое зависит от умения клиента чувствовать свое тело.

И, наконец, необходимо помнить, что при беседе поциент и психолог должны сидеть равноправно. Длительность контакта – 45 минут, примерно. Один сеанс в неделю. В основном же частота сеансов зависит от характера расстройства.

Разговорная психотерапия в группах, организациях, учреждениях

Основатель – Роджерс.

В центре внимания находится «встреча». Этот подход задуман не только для лиц с острыми психологическими проблемами. Личностно-центрированная разговорная группа базируется на том, что благоприятные условия беседы с одним человеком распространяются на группу. Позиция помогающего почти полностью соответствует позиции психотерапевта. Здесь в качестве факторов воздействия конструктивных изменений тоже существенны три базисные переменные: понимание за счет вчувствования, принятие помогающего, подлинность помогающего. К этому прибавляются интеракции и коммуникация членов группы друг с другом, которые представляют собой частично спонтанную позицию, общение опыта, установок. Входя в положение друг друга, члены группы способствуют самоэкплорации и помогают разрушить неконгруэнтность между самовосприятием и сторонним восприятием.

Группы различаются по составу участников и по целевой установке. Могут быть группы невротических, психиатрических, психосоматических пациентов или пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

Групповой метод может использоваться и для содействия, посредством встречи, раскрытию личностного потенциала и дальнейшему развитию для улучшения социального климата, солидарности и сотрудничества и т.д.

Группы различаются также по частоте и длительности групповой беседы и по своей величине. В стационарных группах проходят еженедельные сеансы по 90 минут, в амбулаторных условиях сеансы обычно более длинные и более редкие. Нижняя граница количества участников в группах – 5, верхняя – 10 человек. Принципы встреч и отношений, оказывающих помощь, можно использовать в группах самопомощи, у пожилых людей, а также для улучшения отношений между людьми в организациях и учреждениях, например, между заключенными и судьями, между учителями и учениками, в системах супружеской и семейной терапии, в сфере воспитания (группы родителей) существует разговорная групповая терапия, которая центрируется на ребенке (игровая терапия).

Ориентация на эмоции, поведение: поведенческая психотерапия

По Франксу и Вильсону, поведенческая терапия содержит в себе приложение принципов, разработанных экспериментальной и социальной психологией: она предназначена уменьшить человеческое страдание и ограничить способности человека к действиям. Поведенческая терапия включает в себя изменение окружающего мира и социального взаимодействия и в меньшей мере – непосредственное изменение соматических процессов за счет биологических механизмов. Главная цель – формирование и совершенствование умений. Начало развития поведенческой терапии относится к 50-м годам XX столетия.

При поведенческом подходе все строится на так называемом функциональном анализе, суть которого в том, чтобы выдвинутые индивидом жалобы точно описать в виде психологических проблем (анализ проблемы) и выяснить те основные условия, изменение которых приведет к изменению проблемы. Поскольку человеческое поведение – явление комплексное, то используется многоуровневый анализ, который проводиться с различных позиций – начиная с микроперспективы (индивидуально-психологический подход) и вплоть до макроперспективы (затрагивающей определенные связи в сфере партнерства, семьи и социальной сферы). Теоретическим ориентиром здесь является системная модель регуляции человеческого поведения. (см. табл. 9.11)

1.6.7. Техники интервенции

Техники контроля стимула

Методы контроля стимула – это группа техник, с помощью которых пациенту передается стратегия совладения с проблемными ситуациями. Классическим примером контроля стимула являются методы конфронтации при поведении избегания, обусловленном страхом. Если проблема пациента заключается в том, что он по причине страха уже неспособен или недостаточно способен переносить определенные ситуации, то задача психотерапевта – побудить клиента к конфронтации с пугающей ситуацией, тогда может произойти угашение или преодоление страха. Если человек, попав в ситуацию, которую он считает опасной, стремится как можно скорее выбраться из нее, то избегание дополнительно негативно подкрепляется.

По методу конфронтации пациент должен приобрести конкретный опыт в когнитивной поведенческой и физиологической плоскости и испытать, что конфронтация с субъективно тревожной

ситуацией не влечет за собой ожидаемой катастрофы, что приводит к усилению веры в собственную способность преодоления.

Но нельзя выдвигать какой-то единственный подход как единственно правильный.

Техники контроля последствий

Управление поведением человека через последствия тоже активно используется психологами. Техники, относящиеся к контролю последствий, называются преимущественно оперантными методами или стратегиями ситуативного управления. Под ситуативным управлением подразумевается, что последствия какого-то проблемного целевого поведения организуются таким образом, чтобы в результате частота целевого поведения нарастала (например, через позитивное подкрепление), а проблемное поведение становилось бы реже. Оперантные методы формирования поведения имеют большое практическое значение (к примеру, формирование речевых навыков общения у детей и взрослых с задержкой развития).

Постепенное формирование желаемого поведения связано главным образом с угашением проблемного поведения – позитивные последствия даются только для желательного целевого поведения и не даются для нежелательного проблемного поведения (в отличие от естественных условий).

Крайне ограниченным значением обладают методы наказания, с помощью которых стремятся редуцировать частоту поведения. Наказывающие и аверсивные методы обуславливают целый ряд теоретических, эмпирических и этических проблем, поэтому применение этих методов является легитимным лишь в редких случаях. Аверсивные методы оправданы у детей с задержкой умственного развития, наносящих себе тяжелые повреждения и увечья; это менее решительные меры, чем фиксация или успокоение седативными средствами в больших дозах, которые не позволяют сформироваться адекватным способам поведения.

Обычно психолог осуществляет контроль за поведением клиента, в течение ограниченного времени, для поддержания терапевтического эффекта в высшей степени желательно, чтобы пациент сам управлял последствиями своего поведения. Взаимодействие стороннего контроля и самоконтроля – это договоры о поведении, когда поведение заключается в строго определенные рамки, которые устанавливаются равноправными партнерами.

Научение по моделям

Научение по моделям основано на том, что, наблюдая за поведением других моделей (и последствиями этого поведения), люди усваивают это поведение или меняют паттерн собственного поведения в направлении поведения модели. При научении по моделям наблюдатель может довольно быстро научиться подражать и перенять даже очень сложные способы поведения и действия.

В поведенческой терапии техники научения по моделям занимают промежуточное положение между так называемыми классическими и когнитивными методами, так как при научении по моделям приходится затрагивать целый ряд разный процессов, которые относятся и к когнитивно-социальному научению:

- процессы внимания;
- процессы запоминания;
- процессы репродукции;
- процессы мотивации.

Научение по моделям применяется при лечении фобий, формировании норм социального поведения у агрессивных и заторможенных детей, да и лечения детей вообще. Психолог во всех случаях должен помнить, что перед пациентом он всегда выполняет функцию модели.

Подходы самоконтроля

Самоконтроль означает специфический случай саморегуляции при наличии специфической конфликтной ситуации: индивид прерывает во многом автоматизированную цепочку поведения, чтобы точно проанализировать ситуацию и собственное поведение. В качестве основы самоконтроля решающую роль играют мотивационные, когнитивные и поведенческие процессы.

При анализе специальных методов самоконтроля нужно исходить из того, что существует некий континуум стороннего наблюдателя – контроля, самоконтроля, а значит не имеет смысла противопоставлять отдельные методы, так как при контроле комплексного человеческого поведения ситуативные взаимосвязи, с одной стороны, а процессы саморегуляции, с другой, находятся в тесном взаимодействии.

К самоконтролю в более узком смысле этого слова можно отнести методы:

- Методы самонаблюдения, служащие чаще всего первой ступенью в процессе изменений.
- Методы контроля стимула. Индивид во многом сам управляет собственным поведением за счет того, что, благодаря специальной организации физического или социального окружения ста-

новится более вероятным или невероятным соответствующее целевое поведение.

- Методы контроля последствий. Индивид самостоятельно может управлять вероятностью наступления собственного поведения путем самоподкрепления, самонаказания или заключения специальных контактов.

Когнитивные методы

Среди когнитивных методов можно выделить:

- подходы самоконтроля;
- когнитивную терапию А. Бека;
- рационально-эмотивную терапию А. Эллиса;
- тренинг решения проблем;
- тренинг самоинструктирования.

Когнитивная терапия А. Бека

По мнению Бека, причину депрессивных расстройств в первую очередь следует видеть в нарушении паттерна когнитивной переработки. Депрессивный человек неверно перерабатывает важный опыт: все определяется тем, что он узнает о самом себе, своем окружении и своем будущем. Различные ошибки мышления А. Бек относит также к различным категориям, тем не менее отмечает, что диагностика проблемного мышления может у пациента происходить только на основе индивидуального анализа. Терапия должна быть направлена на трансформацию мышления, оценку (переоценку) событий, явлений и т.д.

Рационально-эмотивная терапия

Подобно А. Беку, Эллис пришел к своей рационально-эмотивной терапии из-за неудовлетворенности психоаналитическими моделями в лечении эмоциональных проблем. Согласно Эллису, эмоциональные или поведенческие последствия мы имеем в основном не по вине конкретных событий; гораздо больше ответственная за это система убеждений, определяющих наше мышление и наши действия. Задача психотерапевта – обратить внимание клиента на эту иррациональность мышления посредством рациональной дискуссии и таким образом помочь ему изменить его проблему.

Тренинг решения проблем

При этом подходе обращается внимание на тот факт, что пациенты с психическими нарушениями обнаруживают меньшую способность к решению когнитивных и межличностных проблем. Тренинг решения проблемы включает несколько этапов:

1. Общая ориентация.
2. Описание проблемы.
3. Выдвижение альтернатив.
4. Принятие решения.
5. Оценка.

Считается, что настоящий тренинг может помочь клиенту выработать или изменить отдельные способы поведения, а также научить его различным стратегиям, которые можно было бы применять для решения широкого круга проблем.

Тренинг решения проблем применяется разнопланово: и как составная часть терапии при различных расстройствах, и специально при межличностных проблемах.

Тренинг самоинструктирования и прививки против стресса

В тренинге самоинструктирования функцию контроля над действием индивида перенимает постепенно язык на основе того, что язык у маленьких детей обладает функцией управления поведением. В ходе развития самоинструктирование интернализуется и начинает скрытно управлять поведением. Тренинг самоинструктирования создает у пациента чувство личного контроля: через внутренний монолог клиент приобретает некоторый контроль над различными способами поведения и ситуациями.

Тренинг прививки против стресса включает три фазы:

1. Фаза получения информации. Анализируется проблема и пациенту сообщается когнитивная поведенческо-терапевтическая точка зрения в отношении эмоций и возможностей совладания с ними.
2. Фаза управления. Пациент учится обращаться со стрессом в терапевтической ситуации, при этом он должен различать стадии конфронтации со стрессом и тренироваться в самовербализации для преодоления ситуации.
3. Фаза применения. Пациент отыскивает в повседневной жизни конкретные стрессовые ситуации и для их преодоления апробирует приобретенные стратегии.

Большое значение имеет для поведенческой не только психотерапии, но и медицины. Однако необходимо очень тонко учитывать возможности пациента.

Поведенческая терапия применятся индивидуально, в группах, в социальных системах.

Супружеская и семейная терапия

В начале развития супружеской и семейной терапии работа основывалась на клиническом опыте и отдельных наблюдениях, в последние годы, существенным стало создание теории. Представим

вкратце некоторые существенные методы в супружеской и семейной терапии. Особое внимание уделяется когнитивно-поведенческим методам, поскольку они наиболее глубоко изучены.

Методы супружеской терапии

Когда партнеры находятся в кризисе, это чаще всего распознается по взаимной негативной интеракции. Доля позитивности редуцирована по сравнению с тем, что было раньше или по сравнению с благополучными парами, а доля негативности повышена. В результате нормальная интеракция между партнерами делается невозможной и программируются деструктивные процессы взаимообмена негативными реакциями, которые подкрепляют друг друга и постепенно становятся все сильнее. На этом фоне тренинг поведенческого обмена нацелен на то, чтобы заново установить и детально разработать репертуар подкрепляющего поведения. Конкретно поведенческий обмен проходит три этапа. В первой фазе партнеры должны придумать способы поведения, которые приятны другому: они могут заниматься этим независимо друг от друга, размышляя о том, что смогли бы доставить партнеру радость, или составить список желаний, которые, с его точки зрения, были бы желанны для партнера. В любом случае должны быть составлены конкретные действия, которые необходимо совершать, чтобы у партнера вызвать позитивное отношение. Желания партнеров должны быть равноценны: об этом заботиться психолог.

Следующий шаг – выполнение этих способов поведения. Здесь тоже возможны несколько форм осуществления. Они устанавливаются или свободно или по типу договоров о поведении. При свободной форме оставляется на усмотрение самих партнеров – когда и какие желания друг друга они будут выполнять, при заключении договоров о поведении устанавливают соответствующий момент времени, длительность и частоту.

Поведенческий обмен – это интервенция, которая часто предлагается в начале терапии. Этот метод помогает парам благодаря структурированному образу действий вырваться из негативного замкнутого круга и установить новые элементы позитивного обмена в повседневной жизни, из которых складывается новое общение, в результате появляется возможность эмоционально сблизиться и дать волю новым формам собственного спонтанного позитивного отношения. Суть же в том, чтобы установить позитивное поведение, и не редуцировать негативное (это возможно только в более поздней стадии терапии).

Коммуникативный тренинг

Главная цель супружеской терапии – улучшение диадной коммуникации.

В коммуникативном тренинге передаются навыки говорения и слушания (см. табл. 10.12; 10.13).

Тренинг решения проблем

На базе коммуникативного тренинга строится тренинг решения проблемы, в котором осваиваются стратегии для наиболее эффективного преодоления. Тренинг включает описание проблемы, конкретизацию, подбор возможности решения, обсуждение этих решений и вслед за этим выбор и реализацию личного возможного решения. Чаще всего тренинг проводится по шестиэтапной программе. Отдельные этапы определяются в ролевой игре с обоими партнерами. Если найденное решение оказывается неэффективным, то поиск повторяется заново (см. табл. 10.14).

Когнитивное переструктурирование

Исследования показали, что пары, недовольные партнерством, склонны к менее благоприятным атрибуциям (например, причину негативного исхода видят в характере партнера, а не в особенностях ситуации). Психотерапевт пытается сделать так, чтобы партнерам стали видны их дисфункциональные ожидания, определяет связанные с этим проблемы и, прибегнув к сократовскому диалогу, помогает сформировать реалистические ожидания и адекватные когниции или атрибуции. Работа проводится с парой или индивидуально. Главное – создать взаимное уважение и взаимопонимание путем объективного анализа различающихся переживаний партнеров, их ценностных систем.

Работа по взаимному принятию

Некоторые конфликты лишь с большим трудом можно, а в некоторых случаях и невозможно модифицировать посредством супружеской терапии. Следовательно, такие конфликты должны приниматься обоими партнерами. Для этого Джекобсон предложил несколько стратегий:

1. Партнеры должны научиться рассматривать конфликт как своего рода захватчика, вторгшегося в отношения, объявить его общим врагом и удержаться от того, чтобы видеть в действиях друг друга желание обидеть.
2. Оба партнера должны повышать толерантность по отношению к поведению друг друга, умея занять позицию наблюдателя или актуализировать проблему в измененном контексте.

3. Нужно способствовать большей взаимной независимости и создавать свободные пространства между партнерами. Благодаря дистанции должна повыситься толерантность к недостаткам партнера и принятие.

1.6.8. Психофармакотерапия

С точки зрения практической психофармакологии существует деление психотропных препаратов на следующие группы:

- нейролептики;
- транквилизаторы;
- седативные средства;
- антидепрессанты;
- ноотропы;
- средства, стимулирующие ЦНС.

Нейролептики (антипсихотические препараты)

Термин был предложен еще в 1967 году. Им (этим термином) обозначают средства, предназначенные для лечения тяжелых заболеваний ЦНС (психозов).

Нейролептики многогранно влияют на организм. Они оказывают успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакций на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения и аффективной направленности, подавлением чувства страха, агрессивности. Их основным назначением является способность подавлять бред, галлюцинации, автоматизм и другие психопатологические синдромы и оказывать лечебный эффект у больных шизофренией и другими психическими заболеваниями. Выраженным снотворным действием нейролептики не обладают, но могут вызвать дремотные состояния и способствовать наступлению сна. Они усиливают действие снотворных и других успокаивающих (седативных) средств.

- *Аминазин* – белый со слабым кремовым оттенком порошок. Темнеет на свету, легко растворим в воде. Обладает сильным седативным свойством, широко применяется в медицинской практике. С увеличением дозы общее успокоение сопровождается угнетением условнорефлекторной деятельности, уменьшением двигательной активности. При больших дозах может развиться состояние сна. Препарат оказывает сильное противорвотное действие и успокаивает икоту. Уменьшает и даже полностью устраняет повышенное артериальное давление.

Назначают аминазин внутрь (в виде драже), внутримышечно, внутривенно (в виде 2,5% раствора). Принимается после еды. Дозы зависят от способа введения, показаний, возраста и состояния больного.

После приема аминазина могут наблюдаться аллергические реакции на коже и слизистых оболочках, отеки лица и конечностей. В подобных случаях назначают антиаллергические лекарства или отменяют препарат. Нельзя беременным.

■ *Пропазин* – белый или белый с желтоватым оттенком порошок. Легко растворим в воде. По фармакологическим свойствам близок к аминазину. По седативному действию уступает аминазину. Показания для применения те же, что и для аминазина. В большей мере показан ослабленным больным, детям, лицам старческого возраста. Побочные явления выражены в меньшей мере, чем у аминазина. Применяется внутрь, внутримышечно и внутривенно.

■ *Левомепромазин*. Характеризуется более сильным блокирующим действием. В отличие от аминазина не усиливает депрессию. Отличается быстротой наступления седативного эффекта.

Применяется при психомоторных возбуждениях, маниакально-депрессивных психозах, депрессивно-параноидальной шизофрении. При фобиях, тревоге, панике. Положительное влияние оказывает при зудящих дерматозах.

Препарат противопоказан при стойкой гипотензии, при сердечно-сосудистой декомпенсации, поражениях печени и кроветворной системы.

Кроме того, применяются:

■ алимемазин;
■ метеразин;
■ трифтазин;
■ фторфеназин;
■ тиопроперазин;
■ пипотиазин;
■ перициазин;
■ тиоридазин;
■ хлор протиксен;
■ галоперидол;
■ дроперидол;
■ оланзаннин;
■ карбидин;
■ тиаприд;
■ султоприд.

Транквилизаторы

Термин вошел в медицинскую литературу с 1957 года для обозначения психотропных средств, применяемых главным образом при неврозах, состояниях психического напряжения и страха. В отличие от нейролептических веществ большинство транквилизаторов не оказывает выраженного антипсихотического эффекта. Их действие адресуется к психопатологическим расстройствам, уменьшая, прежде всего, эмоциональную напряженность, тревогу и страх.

Одним из первых транквилизаторов в 1952 году явился *мепробамат*, позже появился *диазепам* и др. Другое название транквилизаторов – противотревожные.

Антифобическое и общеуспокаивающее действие наиболее важная особенность транквилизаторов, а также облегчение наступления сна, усиление действия снотворных средств, усиление наркотических и анальгезирующих средств.

Применять их можно при наличии показаний и под медицинским наблюдением. Препараты нельзя назначать до и во время работы водителям и лицам других профессий, требующих быстрых психических и двигательных реакций.

■ *Хлозепид* – (син. элениум и др.) – белый порошок, нерастворим в воде, трудно растворим в спирте. Оказывает успокаивающее действие на ЦНС, вызывает мышечную релаксацию, обладает противосудорожной активностью, проявляет умеренный снотворный эффект, потенцирует действие снотворных и анальгетиков. Подавляет чувство страха, тревоги, напряжения при невротических состояниях.

■ *Сибазон* (син. диазепам, реланиум, седуксен). Снижает эмоциональное напряжение, уменьшает чувство тревоги, страха, беспокойств. Оказывает умеренное снотворное действие, усиливает действие снотворных наркотических, нейролептических, анальгетических препаратов, алкоголя.

Взрослым назначают при неврозах, психопатиях, а также при неврозоподобных и психопатоподобных состояниях при шизофрении, органических поражениях головного мозга, при соматических болезнях, сопровождающихся признаками эмоционального напряжения, тревоги, страха, повышенной раздражительностью, навязчивыми и фобическими расстройствами, при нарушениях сна. Аналогичны показатели и в детской психоневрологической практике. Применяется при эпилепсии для лечения судорожных пароксизмов для купирования эпилептического статуса.

■ *Феназепам* – белый с кремовым оттенком порошок, нерастворим в воде, мало растворим в спирте.

По силе транквилизирующего действия превосходит другие транквилизаторы.

Назначают при различных невротических, неврозоподобных, психопатических или психопатоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Препарат эффективен при навязчивости, фобии, ипохондрических синдромах, при психозах, панических реакциях. Используется и как противосудорожное и снотворное средство.

Аналогичны по воздействию:

■ нозепам;
■ лоразепам;
■ бромазепам;
■ мезапам;
■ гидазепам;
■ клобазам;
■ альпразолам;
■ тетразепам;
■ тофизопам;
■ мепротан;
■ амизил;
■ гидроксизин;
■ оксилидин;
■ буспирон;
■ мебикар.

Седативные средства

Седативные средства (от лат. Sedatio – успокоение). Применяются для лечения нервных болезней.

Седативные средства оказывают менее выраженный успокаивающий и антифобический эффект. Препараты этой группы оказывают регулирующее влияние на функции ЦНС, усиливая процесс торможения или понижая процессы возбуждения. Они усиливают действие снотворных, анальгетиков. Снотворного действия не оказывают, но облегчают наступление естественного сна и углубляют его. К ним относятся прежде всего препараты растительного происхождения (корень валерианы, пустырника). К седативным средствам относятся бромиды, барбитураты).

В отличие от транквилизаторов они не вызывают привыкания, психологической и физической зависимости. Чаще используются:

- корневища с корнями валерианы (настойка, экстракт);
- сбор успокоительный (валериана, листья мяты, трилистник водяной, шишки хмеля /1–2–1 части/);
- валокармид (настойка валерианы, ландыша (по 10 мл), настойка красавки (5 мл), натрия бромида (4 г), ментола (0,25 г), вода дистиллированная (до 30 мл)) /Сходен с каплями Зеленина/;
- валоседан (комбинированный препарат, содержащий экстракт валерианы (0,3 г), настойка хмеля (0,15 г), настойка боярышника (0,133 г), настойка ревеня (0,83 г), барбитала натрия (0,2 г), спирта этилового, воды дистиллированной (до 100 мл);
- корвалол – бесцветная, прозрачная жидкость со специфическим ароматом, по составу и действию к нему близок валокордин;
- дормиплант;
- трава пустырника;
- натрия бромид;
- калия бромид;
- бромкамфора.

Антидепрессанты

Первые лекарственные препараты для лечения депрессий появились в конце 50-х годов XX столетия.

■ *Ниаламид* – применяют при депрессивных состояниях, сочетающихся с вялостью, заторможенностью. Лечебный эффект проявляется через 7–14 минут, курс лечения – от 1 до 6 месяцев.

■ *Пиразидол* – обладает выраженной антидепрессивной активностью. Препарат показан при депрессиях с психомоторной заторможенностью, при депрессиях с тревожно-бредовыми компонентами, при неврозоподобной симптоматике.

■ *Тетриндол* – по химическим свойствам близок к пиразидолу и по действию.
■ *Никазан* – по химическим свойствам и действию близок к пиразидолу.
■ Имипрамин.
■ Дезипрамин.
■ Азафен.
■ Микамил.

Ноотропы

Термин «ноотропные» был впервые предложен в 1972 году автором препарата пирацетам (Жиурджеа) для обозначения средств, оказывающих специфическое активизирующее влияние на интегративные функции мозга. Эти препараты рассматриваются как положительно влияющие на обучение, улучшение памяти и умственную деятельность, а также повышающие устойчивость организма к агрессивным воздействиям.
■ *Пирацетам* (синоним – ноотропил) – основной представитель группы ноотропов. Оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. Повышает энергетический потенциал организма, восстанавливает и стабилизирует нарушение функций мозга. Используется при лечении атеросклероза, шизофрении, при болезни Альцгеймера, при лечении больных инфарктом миокарда, в педиатрической практике, при лечении мозга, при лечении алкоголизма. Он усиливает действие антидепрессантов и др. Курс лечения пирацетамом – от 2–3 недель до 2–6 месяцев. При необходимости курс лечения повторяют.
■ *Аминалон* (синоним – гаммалон) – применяется в основном в гериатрической практике и при лечении детей с умственной отсталостью. Эффект развивается медленно.
■ *Фенибут* – оказывает транквилизирующее действие, уменьшает напряженность, тревогу, улучшает сон. Назначают детям при заболеваниях и тиках.
■ *Пантогам* – аналогичен пирацетаму, но используется также при лечении эпилепсии.
■ Пикамилон.
■ Пиридитол.
■ Ацефан.
■ Мемоплант.

Средства, стимулирующие ЦНС (4 группы)

Психостимулирующие – психомоторные стимуляторы

- *Кофеин.*
- *Бемитил.*
- *Фенамин.*

Оказывают стимулирующее влияние на функции головного мозга и активизирующие психическую и физическую деятельность организма и др.

Аналептические средства

- *Камфора.*
- *Коразол.*
- *Лобелин.*
- *Цитизин.*

Возбуждают в первую очередь сосудистый и двигательный центры. Применяют при ослаблении сосудистого тонуса, угнетении дыхания и для общего стимулирующего действия на организм.

Стимуляторы функций спинного мозга

- *Стрихнин.*
- *Секуринин.*
- *Иохимбин.*

Оказывают стимулирующее действие на органы чувств, возбуждают сосудодвигательный и дыхательные органы, центры, тонизируют скелетную мускулатуру, а также мышцу сердца, стимулируют процессы обмена, повышают чувствительность сетчатки глаз.

Препараты, тонизирующие ЦНС

Не оказывают резко выраженного влияния, наиболее эффективны при пограничных расстройствах, при общем ослаблении функций организма. Повышают выносливость при физических и психических нагрузках.

- Корень женьшеня.
- Экстракт элеутеракока.
- Плод лимонника (плоды декоративной лианы).
- Настойка замаши.
- Пантокрин (экстракт из неокостенелых рогов (пантов) марана или пятнистого оленя).

II. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

2.1. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Психологическая диагностика и коррекция отклонений детского развития являются одной из важнейших задач современной практической психологии. При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. Оценка нарушений развития у детей учитывает также и отклонения от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок, то есть особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом, его последствиями.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не столько их характером, сколько особенностями той возрастной стадии развития, на которой находится ребенок. Чем меньше ребенок, тем больше на первый план выступают признаки нарушения развития — дизонтогенеза. Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза появляется компонент психического недоразвития. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые взаимодействия между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций. Эти изменения задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

Понятие дизонтогении и основные виды психического дизонтогенеза

В 1927 г. Швальбе впервые употребил термин «дизонтогения», обозначая с его помощью отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии под этим термином стали понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. Проявления патологического воздействия на незрелый мозг различаются в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительно-

сти воздействия, а также социальных условий, в которых находится больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, эмоциональная и мотивационная сфера. В отечественной литературе применительно к дизонтогениям принят термин «аномалии развития». Основными типами психического дизонтогенеза считаются регрессии, распад, ретардации и асинхронии психического развития.

Регрессия (регресс) — возврат функций на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме (F84.0). Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции, уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме (F43.0), при остром начале шизофренического процесса.

Явления регресса дифференцируют от явлений *распада,* при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стоек регресс и более вероятен распад.

Под *ретардацией* понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае речь идет о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, отдельных свойств личности.

Асинхрония, как искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие, характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Асинхрония развития, как в количественном, так и в качественном отношении, отличается от физиологической гетерохронии развития, то есть разновременности созревания церебральных структур и функций. Основные проявления асинхронного развития в соответствии с представлениями физиологии и психологии в виде новых качеств возни-

кают в результате перестройки внутрисистемных отношений. Перестройка и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии — разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою «хронологическую формулу», свой цикл развития. Наблюдаются сенситивные периоды более быстрого, иногда скачкообразного развития функции и периоды относительной замедленности ее формирования.

На ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи является в этот период ведущей координацией психического развития в целом. Речь, по выражению Выготского, характеризуется прежде всего гностической функцией, которая проявляется в стремлении ребенка «замеченное ощущение обозначить, сформулировать словесно». Чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования. В патологии происходит нарушение межфункциональных связей. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется, фиксируется, зацикливается в своем развитии. Изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохранная функция, что происходит в том случае, когда для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, при тяжелых формах умственной отсталости (F70–F79) весь моторный репертуар больного ребенка может представлять собой ритмическое раскачивание из стороны в сторону, стереотипное повторение одних и тех же актов. Подобные нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. Явления фиксации представлены в познавательной сфере в виде различных инертных стереотипов. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие. Так, по данным Макфарлейн, «пик» детских страхов в норме ограничен сенситивными возрастами 3 и 11 лет. В патологическом онтогенезе страхи, фиксируясь, распространяются и на другие возрастные периоды.

К основным проявлениям асинхронии относят следующие.

1. Явления ретардации — незавершенность отдельных перио-

дов развития, отсутствие инволюции более ранних форм, характерные для олигофрении и задержки психического развития (F84.9). Описаны дети с общим речевым недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи, за счет накопления словаря автономных слов.

2. Явления патологической акселерации отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме (F84.0).

3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например, сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронного развития.

Понятие «аномальный ребенок»

К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития ребенка, другие подлежат лишь коррекции или компенсации. Развитие аномального ребенка, подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития детей, имеет целый ряд собственных закономерностей.

Выготский выдвинул идею о сложной структуре аномального развития ребенка, в соответствии с которой наличие дефекта какого-либо одного анализатора либо интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной локальной функции, а приводит к целому ряду изменений, формирующих целостную картину своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего развития. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта — органического поражения головного мозга, — порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, определяющих социальное развитие ребенка. Вторичное недоразвитие свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных

психологических реакциях, неадекватно завышенной самооценке, негативизме, несформированности волевых качеств.

Отмечается также взаимодействие первичных и вторичных дефектов. Не только первичный дефект может вызывать вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичные факторы. Например, взаимодействие неполноценного слуха и возникших на этой основе речевых нарушений является свидетельством обратного влияния вторичной симптоматики на первичный дефект: ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий устной речью, то есть в процессе преодоления вторичного дефекта речевого недоразвития, могут эффективно использоваться возможности остаточного слуха. Важной закономерностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных нарушений. «Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — пишет Выготский, — тем он более поддается воспитательному лечебному воздействию». «То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено». Чем дальше разведены между собой причины (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушения в развитии психических функций), тем больше возможностей открывается для его коррекции и компенсации с помощью рациональной системы обучения и воспитания. На развитие аномального ребенка оказывают влияние степень и качество первичного дефекта, время его возникновения. Характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием (F84.9) отличается от развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни.

Источником приспособления аномальных детей являются сохранные функции. Функции нарушенного анализатора, например, заменяются интенсивным использованием сохранных.

К основным категориям аномальных детей в дефектологии относятся следующие:

1) дети с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2) дети с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
3) дети с нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы (умственно отсталые);
4) дети с тяжелыми речевыми нарушениями (логопаты);
5) дети с комплексными нарушениями психофизического развития

(слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые);

6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
7) дети с выраженными психопатическими формами поведения.

Соотношение социального и биологического в возникновении психических нарушений у детей. Нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами. Среди биологических факторов значительное место занимают пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные аберрации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена), внутриутробные нарушения (связанные с тяжелыми токсикозами беременности (О21), токсоплазмозом (В58), сифилисом (А53), краснухой (В06) и другими инфекциями, интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), а также патология родов, инфекции, интоксикации и травмы. Черепно-мозговая травма (S00) составляет 25–45% всех случаев повреждений в детском возрасте. Нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, либо возникать на почве текущих заболеваний. В детском возрасте встречаются такие формы церебральной патологии, которые у взрослых или не бывают совсем, или встречаются очень редко (ревматическая хорея (102), фебрильные судороги). Отмечается значительная частота вовлечения мозга в соматические инфекционные процессы в связи с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета. В зависимости от причин возникновения аномалий и нарушений развития их подразделяют на врожденные и приобретенные. Большое значение имеет время повреждения. Объем поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации. Если же патогенный фактор действует в период «отдыха» клеток, то ткани могут избежать патологического влияния. Для поражения нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредности в первую треть беременности.

В ходе психического развития каждая функция в определенное время проходит через сенситивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности. Выделяются периоды, в которые большинство психофизических систем находятся в сенситивном состоянии, и периоды, для которых характерны достаточная устойчивость, баланс сформированных и неустойчивых систем с преобладанием первых. К таким сенситивным периодам относятся возрастные периоды до 3 лет

и 11–15 лет. В эти периоды особенно велика возможность возникновения психических расстройств.

Особенностью детского возраста является, с одной стороны, незрелость, а, с другой – большая, чем у взрослых, тенденция к росту и обусловленная ею способность к компенсации дефекта. Поэтому при поражениях, локализованных в определенных мозговых центрах, длительное время может не наблюдаться выпадения функций. При локальном поражении компенсация, как правило, значительно выше, чем при дефицитарности функции, возникшей на фоне общемозговой недостаточности, наблюдаемой при диффузных органических поражениях центральной нервной системы. Имеет значение интенсивность повреждения мозга. При органических поражениях мозга в детском возрасте, наряду с повреждением одних систем, наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденными. Сочетания явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики.

Психологическая характеристика детей при различных формах аномального развития

Психическое недоразвитие. Умственно-отсталые дети. Среди форм умственной отсталости олигофрения (F70–F79), или общее психическое недоразвитие (F84.9), встречается наиболее часто. Олигофрения – группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности. Термином «умственная отсталость» в дефектологии обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникающее на основе органического поражения центральной нервной системы. Умственная отсталость – это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы; такая атипия развития, при которой страдает не только интеллект, но и эмоционально-волевая сфера.

Умственно отсталые меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании. На всех этапах процесса познания у них выявляются элементы недоразвития, вследствие чего эти дети получают неполные, а порой искаженные представления об окружающем. При психическом недоразвитии оказывается нарушенным восприятие, в особенности, обобщенность восприятия, его темп. Таким детям требуется значительно больше времени на запечатление нового материала. Затруднения восприятия усугубляются

особенностями мышления: снижением способности в выделении главного при анализе явлений окружающей действительности и в установлении внутренних связей между частями целого. Для умственно отсталых характерны также трудности в восприятии пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем. Значительно позже, чем нормальные дети, умственно отсталые начинают различать цвета, причем особую трудность представляет для них различение оттенков цвета. У умственно отсталых недостаточно сформированы такие операции мышления, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция. Отличительной чертой мышления умственно отсталых является некритичность, неспособность самостоятельно оценить свою работу. Как правило, они не различают своих неудач, всегда довольны своей работой и собой. Основные процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение – у умственно отсталых имеют специфические особенности, поскольку также формируются в условиях аномального развития. Дети лучше запоминают внешние, случайные признаки; внутренние логические связи осознаются и запоминаются с трудом. Позже, чем у нормальных детей, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти заключается не только в трудностях получения и сохранения информации, но и в ее воспроизведении. Вследствие непонимания логики событий воспроизведение носит бессистемный, хаотичный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала, так как опосредствованная смысловая память малодоступна. У умственно отсталых детей отмечаются трудности и в воспроизведении образов восприятия – представлений. Недифференцированность, фрагментарность и иные нарушения представлений отрицательно влияют на развитие познавательной деятельности. Воображение у умственно отсталых отличается поверхностностью, фрагментарностью, неточностью, схематичностью. Страдает и произвольное, и непроизвольное внимание, однако преимущественно недоразвита его произвольная сторона, что связано с отсутствием волевого напряжения, направленного на преодоление трудностей.

Умственная отсталость (F70–F79) проявляется не только в нарушении познавательной деятельности, но и в расстройстве эмоциональной сферы. Чем более выражена умственная отсталость, тем менее дифференцированы эмоции, менее нюансированы переживания, и тем в большей степени эмоциональные переживания отличаются неустойчивостью, поверхностностью, кратковременностью и случайностью.

Нарушения высшей нервной деятельности, недоразвитие психических процессов являются причиной ряда специфических особенностей личности умственно отсталых, характеризующейся огра-

ниченностью представлений об окружающем мире, примитивностью интересов, элементарностью потребностей и мотивов, сниженной активностью всей деятельности в целом, трудностью формирования взаимоотношений с окружающими людьми.

По глубине дефекта умственная отсталость (олигофрения) традиционно подразделяется на три степени: идиотия (F73), имбецильность (F71) и дебильность (F70).

Идиотия — самая глубокая степень умственной отсталости, при которой практически отсутствует речь. Умственно отсталые в степени идиотии не узнают окружающих; их внимание почти ничем не привлекается, выражение лица бессмысленное. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить эти дети начинают поздно, их движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопрятны в своих естественных отправлениях, неспособны к самообслуживанию. В ряде случаев в моторике наблюдаются стереотипные движения – маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону. При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Словарный запас ограничен несколькими десятками слов. Дети-идиоты не обучаются и находятся с согласия родителей в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), а по достижении 18-летнего возраста переходят в специальные интернаты для хронически больных.

Имбецильность (F71) – более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас у них крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов памяти, восприятия, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении, как и дети-идиоты, они являются недееспособными, и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц.

Дебильность (F70) – наиболее легкая степень умственной отсталости. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недоразвитие аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности и нарушение фонетического слуха вызывают большие трудности в овладении устной и письменной речью, навыками счета.

Дифференцированная моторика развита недостаточно и в сочетании с физической ослабленностью и соматическими нарушениями, а также особенностями эмоционально-волевой сферы, все это значительно ограничивает круг их возможной трудовой деятельности.

Задержанное психическое развитие. Под термином «задержка развития» (F84.9) понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма. Являясь следствием временно и мягко действующих факторов (ранней депривации, плохого ухода и т. д.), задержка темпа может иметь обратимый характер. В этиологии задержки психического развития (ЗПР) играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Задержки психического развития церебрального происхождения, при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от умственной отсталости (F70–F79).

В исследованиях Певзнер и Власовой выделены две основные формы задержки психического развития: 1) задержка психического развития, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы); 2) задержка (возникшая на ранних этапах жизни ребенка), обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах.

Исходя из этиологического принципа, выделено 4 основных варианта задержки психического развития: 1) задержка психического развития конституционального происхождения; 2) задержка психического развития соматогенного происхождения; 3) задержка психического развития психогенного происхождения; 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза. В клинико-психологической структуре каждого из вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При задержке психического развития конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности часто соответствует инфантильный

тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста. Гармонический психофизический инфантилизм представляет собой некоторое запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. На первый план выступает неутомимость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. Особенно быстро детям надоедают однообразные задания, требующие удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженные интересы к занятиям по письму, чтению, счету. Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. Они могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются при переключении внимания на игру или что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

Дисгармоничный психический инфантилизм может быть связан с эндокринными заболеваниями: при недостаточной выработке гормонов надпочечников и половых желез в возрасте 12–13 лет возникает задержка полового созревания. Такие подростки медлительны, быстро устают; работоспособность у них крайне неровная. Обнаруживается снижение памяти, нарушение концентрации внимания. Двигательные навыки и умения развиты недостаточно: лица с дисгармоничным психофизическим инфантилизмом неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Такие дети и подростки могут характеризоваться повышенным интеллектом, отличаются большой эрудицией, однако не всегда могут использовать свои знания, так как бывают очень рассеяны и невнимательны. Они очень обидчивы, болезненно переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками.

Психогенно-обусловленный инфантилизм может быть связан с неправильными условиями воспитания, обычно в семьях, где растет лишь один ребенок, которого опекают сразу несколько взрослых, что часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а, в последующем, и желания преодолевать жизненные трудности. При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не хочет самостоятельно выполнять задания. Адаптация, как правило, затруд-

нена из-за таких черт, как эгоизм, противопоставление собственных интересов интересам окружающих. Особенно выделяют детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы вследствие длительного нахождения в условиях дефицита информации, не только интеллектуальной, но часто и эмоциональной депривации. Неблагоприятные условия воспитания обусловливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте.

Соматогенная задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными, хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными нарушениями соматической сферы, в первую очередь, пороками сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, как соматической, так и психической.

Несмотря на то, что задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости (F60.3) (с неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью). В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок. В психотравмирующих ситуациях, а также в условиях воспитания, где преобладает жестокость или грубая форма авторитарности, нередко формируется невротическое развитие личности (F60.9).

При задержке психического развития церебрально-органического генеза необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причины этой формы задержки психического развития сходны с причинами, приводящими к олигофрении (F70–F79). Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Дифференциальная диагностика этих аномалий (выраженное и необратимое недоразвитие в виде олигофрении, замедление темпа психического развития) зависит от массивности поражения мозга и от времени поражения. Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. При стойких формах задержки психического развития церебрально-органического генеза, помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформи-

рованность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

Следует отметить, что в отличие от умственно отсталых (F70–F79), дети с задержкой психического развития (F84.9) характеризуются более высокой обучаемостью, лучше используют помощь и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание. При исследовании чтения, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но, тем не менее, у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению, в то время как у умственно отсталых нет желания понять, вследствие чего их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. В письме обнаруживается неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность, что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Определенные трудности для детей с задержкой психического развития представляет звуковой анализ. У умственно отсталых все эти недостатки выражены грубее. Помощь детям с задержками психического развития более эффективна, чем умственно отсталым.

Искаженное психическое развитие. Представлено в частности *синдромом раннего детского аутизма* (F84.0), который отличается от всех аномалий развития наибольшей выраженностью как клинической дисгармоничности, так и психологической структуры нарушений. Клинико-психологическая структура раннего аутизма, как особой формы недоразвития, впервые описанной Каннером, характеризуется следующими признаками:

1) аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;

2) стремление к постоянству, проявляемое в виде стереотипных занятий, сверхпристрастия к различным объектам, сопротивления изменениям в окружающем;

3) особая характерная задержка и нарушение развития речи, также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;

4) раннее проявление (до 2,5 лет) патологии психического развития, в большей степени связанной с особым нарушением психического развития, чем с его регрессом.

Аутизм проявляется при отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к родным и близким, так и свер-

стникам. Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он один. Обращает на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, часто с повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и малейшим замечаниям в свой адрес. Поскольку человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, аутичные дети избегают взгляда, прямого зрительного контакта. Многие окружающие предметы, явления и некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Отмечается своеобразие моторики и речи аутичных детей. Уже начав ходить, они еще долго сохраняют неуклюжесть движений, испытывают трудности в овладении бегом, прыжками. Одним из основных признаков раннего детского аутизма (F84.0) являются характерные особенности речи. Нередко при большом словарном запасе дети не пользуются речью для общения. Характерно неупотребление личных местоимений: аутичный ребенок говорит о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи может наблюдаться повышенное стремление к словотворчеству.

Дети-аутисты по сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями, либо занимают пассивно-оборонительную позицию. За помощью к старшим обращаются чрезвычайно редко. Ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и другие. Наиболее отчетливо при аутизме проявляются асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Искаженность развития аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании высокого уровня развития мыслительных операций, опережающем возрастные нормы, в характерных односторонних способностях (математических, конструктивных и других) и интересах. В то же время отмечается несостоятельность в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, особые трудности в установлении взаимоотношений с окружающими. При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Особую трудность составляет произвольная регуляция деятельности, направленная на общение. Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы.

Дисгармоническое психическое развитие. Психопатия как форма дисгармонии личности

Это аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах. Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными факторами, либо с экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза; не исключаются также возможности формирования психопатии (F60–F69) под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов. Большое значение в этом отношении имеют дефекты воспитания.

Существуют различные классификации психопатий. Несмотря на разнообразие классификаций, сложности механизмов возникновения и развития, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий описывается достаточно сходно. В особенности это касается психопатий детского возраста.

Принята следующая систематика психопатий:

– конституциональные, имеющие наследственное происхождение: степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды; для каждого типа этого вида психопатий имеется свой критический возраст, на который падает развертывание психопатических черт;
– органические, при которых аномалии характера развиваются вследствие действий на формирующийся мозг внутриутробных и ранних послеродовых вредностей, приводящих к тяжелым токсикозам, родовым травмам, истощающим соматическим заболеваниям.

К конституциональным психопатиям относятся шизоидная (F60.1), эпилептоидная (F60.30), циклоидная (F34.0), психастеническая (F48.8) и истероидная психопатии (F60.4).

Шизоидная психопатия. Ребенку с шизоидным типом психопатии присущи черты аутизма. Его эмоциональная сфера характеризуется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с холодностью и безразличием в отношении переживаний окружающих. Характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов. Несмотря на обычно высокий интеллект, эти дети нередко являются предметом насмешек одноклассников из-за неконтактности, эмоциональной неадекватности, плохой ориентировки в конкретной ситуации.

Эпилептоидная психопатия. Имеет много общего с эпилепсией (G40), однако отличается от нее отсутствием судорожных расстройств и явлений слабоумия. При эпилептоидной психопатии речь идет о стойких характерологических особенностях в виде напря-

женности эмоций и влечений, немотивированных колебаниях настроения. Уже в раннем дошкольном возрасте для таких детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции. В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, мстительность, злопамятность. В детском коллективе они трудны не только из-за своих аффективных вспышек, но и из-за постоянной конфликтности, связанной со стремлением к самоутверждению и жестокости. Чем меньше возраст, в котором появляется данная форма психопатии, тем тяжелее ее последствия.

Циклоидная психопатия. При данном варианте психопатии имеется склонность к периодическим сменам настроения, в детском возрасте диагносцируется редко.

Психастеническая психопатия. В дошкольном возрасте у таких детей наблюдаются страхи, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого. Навязчивости и чрезвычайная нерешительность при необходимости принятия решений крайне затрудняют адаптацию. В школьном возрасте проявляется ипохондрия — боязнь за свое здоровье и здоровье близких. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и неизвестным, возникает болезненная педантичность.

Истероидная психопатия. Обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, перенесенными в раннем детстве. Представляет собой вариант дисгармоничного инфантилизма и чаще наблюдается у девочек. Основной характеристикой истероидной психопатии является эгоцентризм, то есть стремление быть в центре событий, обращать на себя внимание окружающих. С ранних лет наблюдается капризность; девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами и фантазиями. Они очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего вступают в конфликты с окружающими. В школьном возрасте стремление привлечь к себе внимание проявляется также в характере одежды и прически. Неспособность к волевому усилию приводит к тому, что даже при хорошем интеллекте у лиц с истероидными чертами успехи в учебе значительно ниже возможностей. Конфликты вероятны не только с одноклассниками, но и с учителями. В подростковом возрасте типичны кокетство, склонность к интригам и сплетням. Эгоцентризм делает их чуждыми к переживаниям и трудностям близких, друзей, они сосредоточены только на своих переживаниях и интересах.

Органические психопатии (F07.0) связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Проявления психопатии (F60–F69) обычно начинаются с раннего детства: отмечаются непоседливость, крикливость, суетливость, желание все трогать руками, отсутствие чувства

дистанции со взрослыми, аффективные вспышки, бурные истерические реакции. Постоянное стремление к движению сочетается с задержкой развития элементарных двигательных навыков, с моторной неловкостью. С началом полового созревания эти нарушения сглаживаются. Органическая психопатия может быть эпилептоидного и истероидного типа. При эпилептоидном типе с детства преобладает своеобразная аффективность, могут выявляться нарушения влечений, усиливающиеся в подростковом возрасте. Аффекты отличаются бурным проявлением и быстрым истощением. Нарушения влечений чаще всего характеризуются садистскими склонностями и бродяжничеством. Аффективность и расстройства влечений становятся основой для формирования нарушений поведения в виде делинквентности, алкоголизации. При истероидном типе органической психопатии с детства наблюдаются бурные истерические реакции по незначительным поводам — при малейшей угрозе наказания или отказе в исполнении желаний. В подростковом возрасте безудержное хвастовство, малоправдоподобные фантазии.

Патологическое формирование личности (F60.9). Длительное неблагоприятное воздействие психотравмирующих факторов на мозг ребенка может вести к необратимой перестройке его эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Биологические предпосылки в виде темперамента, определяющего силу, уравновешенность, подвижность психических процессов, составляют ту генетическую основу высшей нервной деятельности, на базе которой в процессе социализации личность складывается под влиянием внешних условий. В детском возрасте основным социальным фактором, формирующим индивидуальность, является воспитание и обучение. Ввиду незрелости эмоциональной сферы и психического склада ребенка в целом, неблагоприятные условия внешней среды, действующие достаточно длительное время, могут привести к стойкому изменению личности.

В качестве факторов, предрасполагающих к патологическому формированию личности под влиянием неблагоприятной среды, отмечаются: органическая церебральная недостаточность остаточного характера, акцентуация характера, а также дисгармоническое протекание периода полового развития. Выделяют два механизма формирования патохарактерологического развития:

– закрепление патологических реакций отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., возникающих в ответ на психотравмирующие воздействия и становящихся впоследствии свойствами личности;
– непосредственное подкрепление отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт характера (возбудимости, истероидности и т.д.).

При анализе патохарактерологического формирования личности выделяют 4 основные варианта: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый. Каждый из этих вариантов связан с определенными особенностями неблагоприятной среды.

Аффективно возбудимый вариант патохарактерологического формирования личности (F60.3) обусловлен воздействиями неблагоприятной среды: длительные конфликтные ситуации, алкоголизм родителей, ссоры, агрессивность членов семьи по отношению друг к другу. В таких семьях у ребенка развиваются черты аффективной взрывчатости, склонность к разрядке раздражения, гнева, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты формируются или как имитация аналогичного поведения взрослых, или как закрепление реакции протеста. Постепенное изменение темперамента характеризуется сдвигом настроения в сторону угрюмости, нередко злобности.

Тормозимый вариант патологического развития личности (F60.7) чаще формируется в условиях такого типа гиперопеки, при котором авторитарность, деспотичность воспитания подавляют в ребенке самостоятельность, инициативность, делая его робким, застенчивым, обидчивым, а в дальнейшем — пассивным и неуверенным в себе. К тормозимому варианту по условиям возникновения и клинико-психологической структуре близко так называемое невротическое формирование личности, возникающее в тех случаях, когда длительная психотравмирующая семейная ситуация приводит к развитию у ребенка невроза, а затем и к формированию таких личностных черт, как боязливость, ипохондричность, склонность к беспокойству и тревоге. Невротическое развитие личности часто возникает у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях.

Истероидный вариант патологического развития личности (F60.4) чаще наблюдается у девочек и возникает в семьях, где ребенок воспитывается в изнеженной обстановке в условиях гиперопеки, неправомерно завышенной оценки его внешности и способностей (воспитание по типу «кумира семьи»). Однако этот вариант может также возникнуть и в семьях, имеющих длительную конфликтную ситуацию, как реакция протеста.

Патологическое развитие личности по *варианту психической неустойчивости* (F60.3) обусловлено условиями, когда у ребенка не воспитывается чувство ответственности, привычка к волевому усилию, способность преодолевать трудности. По существу этот тип патологического развития личности является вариантом психогенного психического инфантилизма, одного из компонентов задержки психического развития.

Описывается также особый вид аномального психического развития – дисгармоническое протекание периода полового созревания: как его ускорение, так и задержка. Эти аномалии развития могут быть связаны как с генетическими особенностями, так и с экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы. При наличии неблагоприятного окружения патологические черты могут являться предпосылками для патологического развития личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенностью влечений, асоциальным поведением.

2.2. МОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Классификация.

Моторные расстройства можно распределить по типу их генеза на первично-органические и психогенные двигательные расстройства. При первично-органических двигательных расстройствах патологические изменения наблюдаются в мышечной, скелетной или нервной системах; при психогенных двигательных расстройствах наличие такого рода изменений доказать невозможно. Но отсутствие такого доказательства не позволяет еще сделать вывод о психической обусловленности двигательного расстройства. Психогенное происхождение двигательного расстройства считается доказанным лишь в том случае, если изменение этого двигательного расстройства достигается путем психотерапии, или же это двигательное расстройство изменяется в своем течении и вдобавок имеются другие признаки психического расстройства.

Диагностика.

Чаще всего пациенты напрямую говорят о своих моторных расстройствах, что наблюдается и клинически.

В диагностике используются также шкалы, например, для различения степени пареза отдельных мышц, или групп мышц, рекомендации по обследованию специфических функций кисти, шкалы для оценки недостаточности.

Дополнительно часто применяются тесты моторных функций. Флейшман различает 11 способностей (факторов), с помощью которых можно дополнительно описать моторные функции. Но использование этих факторов вызывает ряд трудностей и неопределенностей. Все же благодаря техническому прогрессу измерения таких изменений стали возможны, возможны регистрация и анализ движений. (Специальные дощечки для письма, использование видеозаписи, акустические системы (ультразвук)).

Этиология. Расстройства вызова моторной программы.

Главный признак регуляции движений – это интеграция регулирующих процессов, с помощью которых движения более или менее беспрерывно приспособляются к окружающей среде, что чаще называется регуляцией посредством двигательной программы.

Регуляция движений заключается в том, что движение сначала пересчитывается в дистальном отношении. Объект локализуется в пространстве, и отклонение руки (например) от желаемого объекта регистрируется как пространственное расстояние. В дальнейшем вступают в процесс мышцы, чтобы получилось желаемое движение. Соотношение между моторной командой мышцам и получающимся в результате движением – это трансформация тела. Нарушение соотношения вызывает моторное расстройство.

С функциональной точки зрения любое движение начинается не в то мгновение, когда сокращается или расслабляется какой-то мускул. Доказано наличие процессов подготовки к движению, которые чаще всего называют программированием: сформированная ранее двигательная программа должна быть наготове, и ее параметры необходимо приспособить к двигательному движению. Расстройства при этом иногда обнаруживаются лишь при выполнении, и тогда их можно охарактеризовать как расстройства управления программой. Но существуют расстройства, которые касаются принципиального вызова двигательной программы. Вызов моторной программы может происходить с разной быстротой и надежностью, ибо правила инициирования у людей довольно гибкие.

Программное управление выполнением движения предполагает, что двигательная программа вызывается из памяти. Подобно расстройству вызова семантического содержания, в случае расстройства вызова моторной программы можно ожидать, что пациент может выполнить какое-то движение спонтанно, но не по требованию. Такая картина имеет место при апраксии. При апраксии имеется расстройство выполнения моторных навыков, но для постановки диагноза необходимо исключить элементарную моторную или сенсорную недостаточность.

Апраксия обычно обусловлена повреждением левого полушария мозга. Если повреждение мозга ограничивается мозолистым телом мозга, связывающим оба полушария, то апраксическое расстройство затрагивает только левую руку чаще всего.

Различие между рефлексами и произвольными движениями носит градуальный характер. Если для определения двигательных стереотипов имеются более или менее стойкие правила инициирования, то даже в норме произвольные движения могут наступать не-

произвольно, или «рефлекторно». Это часто встречается при тиках, причем повод – критерий движения – до сих пор не ясен.

Тики – это непроизвольно выполняемые движения разного рода, не имеющие очевидной цели. Чаще всего речь идет о коротких подергиваниях отдельных групп мышц, но иногда бывают и более длительные сокращения или более сложные движения, вплоть до вербальных высказываний. Существует и редкая форма, которая включает вокальный тип (часто в форме непристойных выражений).

Тики считаются в значительной мере непроизвольными и автоматическими движениями и соответственно отличаются от их произвольных имитаций. Тики отличает отсутствие характерных для спонтанных произвольных движений потенциала готовности в ЭЭГ – медленно растущей негативной волны, которая начинается примерно за 0,5–1 с до начала движения. Однако непроизвольному движению, считается, предшествует позыв к тику. Считается, что 93% опрошенных ощущают этот позыв и воспринимают тиковую реакцию как произвольный ответ на него. Многие пациенты могут произвольно подавлять тик на некоторое время, что используется в поведенческой терапии. Следовательно, тики занимают промежуточное место между рефлексами и произвольными движениями.

Для детского возраста характерна преходящая гиперактивность.

Расстройства программы управления

Расстройства выполнения движений можно подразделить на расстройства программы регуляции и координации.

Двигательные программы – это стереотипы очередности команд в ЦНС, которые определяют порядок иннервации различных мышц. Планы движений координируют несколько двигательных программа и приспосабливают их к требуемым условиям. Двигательная программа простого движения руки вперед предусматривает твердо установленную очередность мышечных активаций. Приспособление двигательной программы к различным условиям называется параметризацией.

Расстройства параметризации двигательных программ имеет место при синдроме Паркинсона. Синдром Паркинсона – это расстройство произвольных и непроизвольных движений с замедлением спонтанных и произвольных движений, сопровождаемое ригидностью и тремором в покое. Для пациентов с синдромом Паркинсона характерно маскообразное выражение лица, монотонная манера говорить и шаркающая походка маленькими шажками. Наряду с этим у пациентов с синдромом Паркинсона имеют место и другие двигательные расстройства.

Расстройства регуляции

В большинстве случаев движения, адекватные окружающему миру, совершаются благодаря зрению. Эта зрительно-моторная координация представляется нам в норме чем-то само собой разумеющимся и тривиальным. Однако ее развитие зависит от наличия определенных условий и может быть нарушено. Кажущаяся естественность некоторых функций, таких как зрительно-моторная координация, очевидно, означает не то, что система, реализующая эти функции проста и здорова, и лишь то, что ее активность не сопровождается сознательным переживанием. Очень специфическое зрительно-моторное рассогласование имеет место при оптической атаксии, которая обычно является следствием повреждения задней области теменных долей. Пациент не в состоянии схватить рукой какой-либо предмет. Это расстройство в зависимости от локализации повреждения может затронуть только одну руку и только одну половину лица.

Расстройства координации

Как известно, результат движения зависит от определенной формы движения. Координация мышц в конечном итоге осуществляется без какого-либо участия нашего сознания. У детей или когда пишут не доминантной рукой, наблюдается упрощение трансформации тела и тем самым упрощается координация: дистальные пальцевые суставы или запястья цепенеют и письмо осуществляется скорее за счет проксимальных суставов.

Одним из расстройств координации является писчий спазм или графоспазм. Это двигательное расстройство, при котором движения при письме характеризуются чрезмерным напряжением пальцев кисти и предплечья, или всей руки. Многие пациенты начинают писать, ставя кисть и руку в непривычные позиции, прикладывают все силы, чтобы держать карандаш, и начинают сильно опираться на стол. Во время письма мышечное напряжение чаще всего все больше возрастает, и некоторые пациенты не могут написать больше нескольких слов. Удивительно, что при этом расстройстве трудности обычно ограничиваются письмом.

Кинетическая атаксия – расстройство целенаправленных движений. Пациенты с атаксией не достигают цели движения, ход движения нарушен. Характерным для кинетической атаксии является интенционный тремор. Это низкочастотный тремор, который наступает в конце движения. Атаксические расстройства чаще всего наступают в результате повреждения мозжечка.

Интервенция.

Для лечения большинства моторных расстройств используется фармакотерапия. Применяется и хирургическое вмешательство. В

нашем внимании будут тренинговые методы: физиотерапевтический, поведенческий подходы, новый подход.

Физиотерапевтические подходы применяются в реабилитации пациентов с гемипарезами, которые нередко возникают в результате кровоизлияния в мозг.

Поведенческие подходы

Поведенческая терапия применяется при таких моторных расстройствах, на возникновение или выраженность которых влияют психические или социальные факторы. Это относятся к тикам, гиперактивности и психогенным двигательным расстройствам.

Поведенческая терапия при тиках

Тики можно рассматривать как такие своеобразные особенности, которые незначимы и не требуют интервенции. Однако тяжелые тики приводят к проблемам в школьном и профессиональном образовании и могут стать причиной психических расстройств. Возникают часто в ситуации расслабления.

Специальный метод для терапии – отмена привычки.

Первый компонент метода – тренировка несовместимой с тиком реакции. При этом чаще всего речь идет об изометрических мышечных сокращениях, которые практически незаметны глазу. Несовместимая реакция упражняется в этом случае с помощью зеркала. Используют при этом и следующие сокращения:

- ✓ изометрическое сокращение затылочных мышц (смотря по обстоятельствам одновременно опускать подбородок вперед и вниз) при подергиваниях головы;
- ✓ плечи изометрически опускать вниз при подергивании плеч вверх;
- ✓ руки держать опущенными вниз и прижимать к спинке стула или собственным ногам при подергивании плеч вперед.

Второй компонент метода – тренировка в улучшении восприятия собственного тика. Клиент описывает свой тик, если надо повторно, с помощью зеркала, описывает ситуации, в которой тики бывают наиболее часто. Он выполняет свой тик произвольно и пытается уже заранее заметить его наступление. На незамеченный тик ему указывают. Цель этих мероприятий – научить пациентов по возможности замечать свои тики еще до их проявления наблюдаемого.

Третий и главный компонент методы – соединение упражняемых несовместимых реакций с правилом инициирования для тика. Каждый раз, когда клиент регистрирует приближение или появление какого-то тика, он выполняет несовместимую реакцию в течении трех минут. Эти три главных компонента дополняются мероприятиями по мотивации, упражнениями на релаксацию.

Поведенческая терапия у гиперактивных детей

При гиперактивности, как при тиках, имеется расстройство иницетрования действий, но другого рода. Внимание во время действий недостаточно ограничено, так что могут исполняться условия действий и других правил иницетрования. Цель интервенции в этом случае – концентрация внимания над управляемым действием. Внимание на одно действие!

Многие гиперактивные дети ведут себя спокойнее в конкретных ситуациях, и такие ситуации тоже нужно использовать.

Более специфичное влияние оказывает ограничение или обеднение окружающего мира: предметов, отвлекающих внимание, шумовых эффектов, использование музыкальных произведений. В таких случаях гиперактивность уменьшается за счет ограничения возможностей.

Следующая интервенция – установление дополнительных критериев действия (приостанавливающих активность, например, слово «Стоп!» и др.).

Используется при интервенции выработка дополнительных сигналов для желаемого поведения – метод самоинструктирования. Происходит концентрация на задании (см. исследования Айзерта).

Поведенческая терапия при психогенных расстройствах

Психогенными называют такие двигательные расстройства, для которых невозможно доказать наличие органических причин и которые в своей клинической картине не согласуются с каким-либо известным двигательным расстройством. К тому же надо доказать, что на возникновение и выраженность двигательного расстройства влияют психические или социальные факторы.

Психогенные двигательные расстройства довольно редки, но их диагноз труден, и для их лечения нет общепринятых методов.

В лечении с успехом применяются имплицитные методы поведенческой терапии. Пациенту оставляют его веру в то, что расстройство органической природы, но что при подходящем лечении можно добиться полной ремиссии. Иногда, в трудных случаях объединяются элемент поведенческой терапии и стратегические элементы. Стратегический элемент лечения заключается в том, что пациентов ставят перед дилеммой. Им объясняют, что их заболевание или психическое, или же обусловлено сильным переутомлением. Если верно второе объяснение, то, при учете соответствующей фазы покоя, должен происходить стремительный прогресс. Пациенты стоят перед выбором: или свои симптомы «сохранить» и разоблачить благодаря этому заболевание как психическое, или прекратить симптомы. Разоблачение несет в себе угрозу потери социального пособия. В этой ситуации большинство пациентов прекращают симптомы.

2.3. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

(см. табл. 13.15; 13.16; 13.17)

Восприятие представляет собой необходимую предпосылку для анализа и познания окружающего мира, а также регуляции и контроля поведения; кроме того восприятие оказывает влияние на органы чувств и настроение. Восприятие предполагает наличие разных видов психических функций, например, внимание и мотивация к получению информации, способность к долговременному хранению воспринятого в памяти. Качество содержания нашей памяти зависит от качества переработки и кодирования информации. Регуляция моторики также осуществляется в значительной мере при помощи различных функций восприятия. Именно восприятие дает человеку основания, позволяющие ему считать свое самочувствие хорошим; воспринятое часто вызывает в ЦНС дополнительные ощущения, создает определенное настроение и оказывает на него свое влияние, при этом так называемые аффективные компоненты сами могут выступать в роли информации. Таким образом, нарушения восприятия могут (косвенно) приводить к нарушению других когнитивных функций (например, памяти и планирования), или приводить к изменению чувств и настроения.

Классификация.

Нарушения восприятия можно классифицировать относительно их модальности и сложности.Остановимся на клинически значимых нарушениях восприятия, возникающих вследствие психических заболеваний и заболеваний ЦНС.

Зрение

Гомонимы, (т.е. выпадение зрения), затрачивающие обозреваемые области поля зрения обоих глаз, по их местонахождению и величине делятся на ***гемианопсию*** (односторонняя слепота), ***квадратную анопсию*** (потеря зрения в верхней или нижней четверти поля) и ***парацентральную скотому*** (небольшая слепая область вблизи центральной ямки сетчатки). Нарушения цветового восприятия могут иметь локальный характер и затрагивать только один глаз или распространяется на все поле зрения целиком. Различение оттенков цвета в области центральной ямки сетчатки может быть нарушено и в первом случае. К нарушениям восприятия зрительного пространства относят искажения основных пространственных направлений (вертикаль, горизонталь, по прямой и др.). Обычно сдвиг происходит в противоположном направлении от стороны повреждения головного мозга. Могут быть нарушены локализация объектов в пространстве и оценка

расстояния. Нарушения зрительного узнавания называют зрительной агнозией (психическая невосприимчивость). Диагностические критерии агнозии: достаточные функции восприятия, отсутствие когнитивных или речевых нарушений, которые могут препятствовать их узнаванию. Как правило, зрительные нарушения связаны нарушением зрительных функций, так что поставить точный диагноз бывает очень трудно. К субъективным зрительным расстройствам относятся иллюзии и галлюцинации. Под зрительной иллюзией понимают искаженное восприятие реального предмета.

Слух

К нарушениям слуха относятся нарушения восприятия громкости и высоты звука, тембра и темпа речи; они могут вызвать также нарушения или по меньшей мере искажения восприятия шумов, музыки и речи.

Агностические нарушения слухового восприятии касаются идентификации: узнавания шумов и сигналов (звонок телефона; слуховая агнозия) или слов (словесная глухота). Существует еще феномен отсутствия восприятия звукового раздражителя. Могут быть и слуховые галлюцинации. Слуховые галлюцинации делятся на простые (бормотание, капающая вода, шепот, тиканье часов и др.) и сложные (мелодия, музыка, голоса). Особая форма субъективного слухового ощущения – шум в ушах при отсутствии внешнего раздражителя. Очень переживаются больным, часто вызывают депрессию, могут возникнуть расстройства концентрации внимания.

Осязание

Расстройства осязания затрагивают, прежде всего, нарушения способности к локализации очага раздражения, ощущения давления, температуры, влажности, объема, а также тактильное различение внешних признаков объекта (величина, форма). Различные нарушения тактильной чувствительности (большей частью нарушения порога чувствительности) объединяются в понятие гипестезия. Наряду с ними существуют нарушения «восприятия схемы тела» («аутотопагнозия», термин не употребляется). Потеря тактильного узнавания предметов называется астереогнозом. Иллюзии затрагивают тактильную чувствительность (например, любое прикосновение вызывает боль) и др. К осязательным галлюцинациям причисляют феномены редупликации частей тела (фантомные части тел), всего тела (второе «Я», «двойник», аутоскопия) и тела других людей.

Обоняние и вкус

К расстройствам обоняния и вкуса относятся частичная гипосмия (притупление вкусовой чувствительности) или полная потеря обонятельных и вкусовых ощущений (аносмия). Повреждение состоит, как правило, в патологическом повышении порога восприятия и связанном с ним понижением способности к различению вкуса и запаха. Обонятельные или вкусовые иллюзии проявляются в форме растущей интенсивности ощущений (гиперосмия), но может возникнуть и иллюзорное изменение качества восприятия (парагевзия). Ощущение запаха при отсутствии пахучих веществ называется обонятельной галлюцинацией (фантазосмия).

Диагностика.

При диагностике восприятия всегда должен быть целенаправленный анализ, учитывающий особенности данной функции восприятия и ее нарушений, при этом нужно обращать внимание на то, как данные расстройства переносятся пациентами и в какой мере они могут передаваться от одного больного к другому в повседневной жизни. Это в первую очередь относится к так называемым субъективным расстройствам восприятия (иллюзии и галлюцинации), но имеет отношение и к его аффективным компонентам.

Этиология.

Условиями возникновения нарушений восприятия могут быть:

- сосудистые заболевания головного мозга;
- травмы;
- гипоксия (недостаток кислорода) головного мозга;
- опухоли головного мозга;
- дегенеративные заболевания;
- шизофрения и аффективные расстройства.

Иллюзии и галлюцинации возникают как после структурных повреждений, так и при патофизиологических состояниях ЦНС. Считается, что отдельные иллюзии и галлюцинации имеют местом своего возникновения те структуры и участки ЦНС, в которых происходит переработка и кодирование информации. Предполагается, что их вызывают феномены мозговых раздражений, проявляющиеся или в форме локальных патофизиологических процессов, или как следствие потери притока информации из-за повреждения периферических отделов системы восприятия (слуховые галлюцинации после потери слуха, фантомные ощущения или боли). Следующий фактор, который вызывает галлюцинации, – обособление нейронной активности, так что зрительные представления, голоса и т.д. продуцируются теми механизмами ЦНС, которым свойственно выполне-

ние этих функций и в обычных условиях. Вероятно, из-за отсутствия высших процессов контроля эта продукция принимается за реально существующую и тем самым отражается на поведении, причем эта реальность может доминировать над подлинной или конкурировать с ней. Отсутствующие или нарушенные процессы контроля могут вызвать скрытый или явный дисбаланс между концептуализирующими и корригирующими компонентами, что приводит к искаженному восприятию, истолкованию и оценке впечатлений.

При интерпретации иллюзий и галлюцинаций как патологических феноменов нужно учитывать, что субъективные изменения восприятия могут возникать и в нормальных популяциях, поэтому не в каждом случае они могут быть причислены к разряду патологических. Обобщенные в понятии «шум в ушах» субъективные ощущения шумов обусловлены самыми различными причинами: дегенеративные и инфекционные поражения внутреннего уха, нарушение кровообращения, опухоли, интоксикации, травмы, а также медикаменты.

Интервенция.

В качестве возможного лечения при основных нарушениях слуха, обоняния и вкуса в настоящее время чаще всего предлагается подробное консультирование и обучение копинг-стратегиям, которые обязательно должны задействовать и окружение больного. Для лечения гипер- и гипоакузиса необходимо, чтобы все члены семьи и друзья во время разговора обращали внимание на силу звука, то же самое относится и к использованию радио и телевизора. Для шума в ушах пока не существует надежной и признанной терапии. Шум в ушах нередко исчезает спонтанно спустя недели или месяцы; правда, он может вернуться вследствие переутомления или стресса. Многие пациенты, страдающие этим заболеванием, воспринимают приглушение шумов с помощью внешних источников звука как значительное облегчение (слушание музыки по радио вечером или перед сном). Некоторым пациентам помогает маскер – индивидуальный электроакустический аппарат для заглушения шума в ушах, который построен наподобие слухового аппарата и передает шумовые сигналы, способствующие подавлению шумов в ушах. Положительное влияние оказывают подробное консультирование, целенаправленные релаксические упражнения, элементы поведенческой терапии.

При потере обоняния, прежде всего, следует исключить источники опасности, например, заменить газовую плиту на электрическую. Необходимо особое консультирование, если затронуто восприятие запаха.

Нарушения вкуса приходится учитывать при приготовлении пищи. В этом случае применяются составление доз из приправ для определенного блюда.

Для лечения нарушений зрительного восприятия в распоряжении врачей имеются несколько методов, проверенных эмпирическим путем; они применяются прежде всего, при нарушении чтения или при нарушении зрительной эксплорации у пациентов с выпадениями поля зрения, а также для лечения нарушений зрительно-пространственного восприятия.

2.4. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Классификация.

Что такое память?

Быстрое развитие когнитивных неврологических наук позволяет учитывать при классификации процессов памяти не только когнитивно-психологические, но и нейроанатомические аспекты.

Целенаправленное запоминание и сохранение, а также произвольное вопроизведение информации представляют собой основные функции человеческой памяти.

В целом под памятью следует понимать такую систему сохранения, в которую может быть введена и затем из нее произвольно вызвана информация.

Определение показывает, что:

- функции памяти представляют собой активные процессы, предполагающие избирательное внимание и сознание;
- сохранение и воспроизведение информации являются двумя важнейшими аспектами активной функции памяти;
- имеются другие системы сохранения, которые нельзя отожествлять с «памятью» в традиционном ее понимании. К таким системам принадлежит имплицитная память, а также те структуры головного мозга, которые осуществляют элементарные процессы кодирования, как, например, сенсорное и языковое кодирование.

Отдельно рассматривать необходимо также нарушения кратковременной памяти, нарушения памяти долговременной, нарушения памяти семантической и эпизодической, а также нарушения в распространении активации при вызове информации из долговременной памяти. Выясняется, что не все формы памяти уязвимы в равной степени, что существуют очень специальные факторы, приводящие к повышенной подверженности нарушениям. Наиболее подвержены нарушениям сохранение информации при ее переводе из кратковременной в долговременную, сохранение эпизодической информации и функция свободного воспроизведения информации.

Функции памяти и их нарушения

Каждая функция памяти может быть сведена к трем компонентам: сохранение, поиск и связь – это три важнейших параметра памяти человека, потому деление на три элемента присутствует и в классификации различных методов проверки памяти. Функциональная возможность каждого из этих трех элементов может понижаться под воздействием специфических факторов. Если при наличии таких факторов речь идет о не отклоняющихся от нормы или повседных случаях, то говорят о «забывании». Но если речь идет о влияниях, обусловленных болезнью, тогда говорят о нарушении памяти.

Обычно различают два вида забывания и нарушений памяти: первый обусловлен, по всей видимости, потерей накопленной информации, второй – диссоциативными процессами или ошибками в процессе поиска. Первый этап забывания или нарушения памяти для простоты изложения называют забыванием или нарушением памяти типа «А», второй – забыванием или нарушением памяти типа «В». Наглядный пример забывания типа «А» представляет собой происходящая в течение длительный периода времени постепенная потеря информации, например, забывание имен. К таким нарушениям относят также амнезии, возникающие в рамках распада, вызванного деменцией, и амнезии, вызванные длительной хронической интоксикацией.

При нарушениях памяти группы «В» представляется вероятным, что искомая информация еще содержится в памяти, но не может быть вызвана оттуда. В таких случаях говорят «вертится на языке». Человек точно знает, что он знал эту информацию, но в настоящий момент не может вспомнить. Причиной тому часто бывают психические или невротические симптомы. В качестве примеров могут служить все виды истерической амнезии, постгипнотической амнезии. В таких случаях речь идет о нарушении функций, которые могут быть вызваны процессами торможения.

Диагностика.

Методы проверки мнемической функции можно разделить на три группы:

- тесты на узнавание;
- тесты на воспроизведение;
- ассоциативные тесты.

Тесты на узнавание и воспроизведение различаются способом тестирования подлежащего запоминанию материала. От испытуемого можно потребовать или воспроизвести запоминаемый материал или узнать его среди множества другого материала. В первом случае говорят о функции воспроизведения, во втором – о функции узнавания. Безусловно, узнавание легче воспроизведения.

Ассоциативные тесты представляют собой очень гетерогенную группу. Их общий признак заключается в том, что проверяются особенности связей между содержаниями памяти. Самый старый с исторической точки зрения пример – задания на парные ассоциации, которые можно рассматривать и как смешанную форму заданий на воспроизведение, так и заданий на узнавание. Испытуемые получают задание запомнить пару пунктов. При тестировании испытуемому предлагается в ответ на называние одного из пунктов воспроизвести или вызвать по какой-либо ассоциации соответствующий ему другой пункт. С помощью таких заданий пытаются определить прочность ассоциаций между двумя пунктами. К этой группе тестов относятся и семантические задания на конгруэнтность и решение, а также тесты, которые регистрируют основные процессы. Для проверки различных форм и функций памяти имеется большое число диагностических методов.

Этиология.

Причины забывания:

1. Информация имеется в памяти, но не извлекается вовремя.
2. Наличие ошибок в процессе поиска или временной блокировки сохраненной информации.
3. Поступаемся информация превышает объем памяти: забывают потому, что за короткое время нужно переработать слишком много информации.
4. Происходит медленная и постепенная потеря информации, долгое время сохраняемой в памяти.

Существует две основные теории о причинах забывания.

Первая – теория распада. Ее последователи исходят из того, что причиной забывания является автономный и обусловленный временем процесс, который приводит ко все увеличивающей потере хранимой информации. Сторонники **теории интерференции** считают, что сохранение информации затрудняется или парализуется процессами торможения. Процессы торможения могут быть вызваны интерференцией между недавно приобретенными содержаниями памяти, слишком долгим неиспользованием сохраненных кодов или воздействиями контекста.

Интересное объяснение феномена забывания предлагают «сетевые теории», которые постулируют сетевой формат кодирования. Если каждый код состоит из взаимосвязанных компонентов и при этом считается, что эти компоненты в зависимости от их связанности подлежат автономному, обусловленному временем распаду, то вполне вероятна гипотеза, утверждающая, что с увеличением связанности этих компонентов будет уменьшаться тенденция к распа-

ду. Так как степень связанности отражает степень дифференцированности и интеграции репрезентации знания, это означает, что дифференцированное и интегрированное знание особенно устойчиво по отношению к забыванию. И наоборот, слабосвязанное знание распадается очень быстро.

Интервенция.

Цели интервенции:

1. Компенсация нарушенных функций памяти посредством применения не использовавшихся сих пор стратегий переработки информации.
2. Создание условий повседневной жизни при использовании всех имеющихся в распоряжении ресурсов.
3. Определение целей и возможностей индивидуальной терапии.

Методы интервенции

Специфические методы, применяемые для лечения нарушений памяти, можно классифицировать следующим образом:

- методы снижения уровня требований к памяти;
- методы улучшения компонентов памяти;
- методы повышения уровня метакогнитивного знания и аспектов решения проблемы.

Ближайшая возможность избежать повседневных проблем, обусловленных нарушением памяти, состоит в снижении уровня требований к памяти. Следует избежать конфликтов при этом. Другой способ снижения уровня требований к памяти – оптимальное формирование окружающей среды пациента: хранение вещей на строго определенном месте, использование указателей и надписей.

Третья возможность снижения уровня требований к памяти – применение вспомогательных средств: списки намечаемых дел, записи разговоров, наброски планов и других действий.

Вспомогательные средства должны обладать следующими свойствами:

- они должны быть активными (типа звонка будильника);
- припоминание должно осуществляться по возможности непосредственно перед тем временем, на которое намечено осуществление действия;
- помощь должна быть специализированной.

Стимуляция (вторая группа методов) является наиболее распространенным терапевтическим методом, включающим тренировку памяти с помощью игр и простых упражнений: воспроизведение списка слов, коротких текстов; компьютерные тренинговые программы.

Здоровые люди могут улучшить свою память с помощью определенных стратегий усвоения и вызова информации.

Стратегии применяются в двух сферах: во-первых, при заучивании и запоминании отдельных единиц информации (преимущественно вербальных) и, во-вторых, при переработке текстов.

У больных, страдающих амнезией, есть особые проблемы при сохранении эпизодической (памяти) информации. Предполагается, что у таких больных временно-контекстуальная информация воспроизводится не автоматически, поэтому возникают проблемы при вспоминании пережитого, так как пережитые события не могут быть вызваны посредством контекстных маркировок. Эти связи и нужно учитывать при тренинге: в учебной ситуации пациент должен заучивать сознательно необходимую для вызова контекстуальную информацию. Оказывается целесообразным связывать новую информацию самыми различными способами с уже имеющейся. Чем крепче будет эта связь, тем быстрее и надежнее должен воспроизводиться вызов информации.

В практике используется также стимулирующий эффект вербальных стратегий. В таком случае к техникам причисляют:

- организацию по звучанию или семантике (составление списка продуктов по рубрикам: «овощи», «фрукты» и др.);
- включение информации, которую надо запомнить, в интересные предложения, рифмы, истории, стихи и т.д.;
- связь двух слов при помощи вербального посредника, например, использование связующего мостика «рука» при заучивании пары;
- использование начальных букв или сокращений.

Иногда вербальные стратегии комбинируются и со зрительными представлениями. Интерес представляет и техника Робинсона, которая заключается в следующем:

- сначала осуществляется предварительный просмотр текста;
- опираясь на текст, формулируются вопросы к тексту;
- затем текст внимательно читают, повторяют содержание;
- проверяют себя с помощью уже поставленных вопросов.

Улучшающий эффект на память оказывает образная информация. Реализация техники состоит в следующем. Например, забытое имя транспонируется в картинку с характерными внешними признаками данной личности (например, густые брови; может быть нарисована птица с густыми бровями). Можно образно представить, например, дорогу на работу и вдоль дороги как бы откладывать информацию, которую нужно запомнить.

Считается, что двойное кодирование как бы улучшает память.

Техники приобретения нового знания

При тяжелых случаях амнезии приобретение новых знаний затруднено, однако это не означает, что такие пациенты не в состоянии овладевать новыми знаниями. С такой целью используется метод исчезающих подсказок. Для этого понятия, которое необходимо запомнить, оформляется с помощью такого количества букв, которое и необходимо для его идентификации. Затем эти подсказки постепенно и систематически изменяются, точнее уменьшаются. Этот метод способствует хотя и стабильному, но очень медленному увеличению объема усваиваемой информации.

Для приобретения новых знаний используются также стратегии, описанные нами выше.

Важная задача состоит и в том, чтобы учить пациентов с амнезией не только распознавать «критические» требования повседневной жизни, но и оценивать свои индивидуальные возможности по их преодолению. Необходимо проводить анализ ситуаций, часто встречающихся в обыденной жизни, с точки зрения тех запросов, которые они предъявляют к памяти; пациент сам проверяет степень своей компетенции в данной ситуации, ищет и подвергает оценке и проверке адекватные стратегии преодоления трудностей. Эксперименты показывают, что пациенту необходимо отводить активную роль.

2.5. РАССТРОЙСТВА НАУЧЕНИЯ

(см. табл. 15.19)

Классификация.

Под научением понимается приобретение с помощью опыта (тренировки, упражнений, наблюдений и др.) определенного поведения. Самые важные вещи научения: классическое и оперантное обусловливание, а также имитационное научение.

Научение может происходить не целенаправленно (между прочим, исподволь) и целенаправленно (обучение в школе, вузе и т.д.). О расстройствах научения говорят в том случаете, если желаемые учебные цели оказываются недостижимыми. В нашем случае речь пойдет о двух различных формах расстройств, проявляющихся в процессе научения:

- расстройства научения, возникающие на основе индивидуальных патологических предпосылок, когда процесс научения преимущественно в рамках нецеленаправленного научения идет на фоне эмоциональной или социальной дезадаптации (повышенной тревожности, депрессии, криминальности).

- Расстройства научения в виде затруднения при овладении навыками, когда преимущественно в рамках целенаправленного научения – желаемое поведение, навыки, знания усваиваются не с необходимым качеством.

Расстройства научения, возникающие на основе индивидуальных патологических предпосылок

Индивидуальные патологические предпосылки относятся к классическому обусловливанию и выражаются степенью обусловленности. Повышенная обусловленность означает, что связь стимул–реакция возникает быстрее. Повышенная обусловленность или редуцированная габитуация отмечается, прежде всего, при тревожных расстройствах (специфических фобиях), а также при навязчивых расстройствах.

Пониженная обусловливаемость проявляется в том, что результаты научения простой последовательности стимул–реакция и научения реакциям избегания достигаются значительно медленнее. Следовательно, связывание стимула и реакции, и инструментальные реакции формируются лишь на основании многократного повторения. Кроме того, происходит более быстрая габитуация к стимулам и поэтому более быстрое угашение приобретенных способов поведения. Низкая обусловливаемость и быстрая габитуация наблюдаются при социопатических расстройствах (антисоциальных расстройствах личности), а также при дефиците внимания или гиперактивности, что объясняется процессами активизации ЦНС.

Затруднения при овладении навыками

Ко второй группе расстройств научения относятся затруднения при овладении навыками. Одной из подгрупп этих расстройств является строго определенное отставание в развитии, которое характеризуется обособленным навыком, а также его ранним началом. Одним из примеров может являться нарушение в усвоении навыков чтения и письма при хорошей способности к учению по другим предметам и среднем уровне интеллекта.

Вторая подгруппа этих расстройств характеризуется обширными и продолжительными нарушениями, объясняющимися умственной недостаточностью. Нарушения касаются, прежде всего, реакций различения, образования понятий и научения правилам, а также имитационного научения. Такие нарушения наблюдаются при аутистических расстройствах (интерес к социальному окружению занижен), органических психозах (деменции или алкогольных психозах). Расстройства проявляются при дефиците восприятия и переработке информации, а также при нарушениях памяти, при шизоф-

рении серьезные расстройства мышления делают невозможной предметно-логическую обработку материала; при повышенной раздражительности.

Диагностика.

Диагностика сводиться к следующему:

- оценка предпосылок научения, производимая с помощью тестирования уровня знаний, а также исследования функций (функции памяти, способности концентрации внимания и др.);
- оценка потенциальных способностей к научению с помощью динамического тестирования. Для этого тестирования на интеллект и способности организуют так, чтобы первое тестирование проходило в обычных (стандартных условиях), второе – лишь после специфической интервенции. Тенденция улучшения результатов от первого ко второму тестированию дает право сделать вывод о принципиальной обучаемости клинических пациентов.
- Учет прежних результатов научения прежде всего с помощью тестов школьной успеваемости и профессиональных знаний, относящехся к роду деятельности испытуемого, а также с помощью комплексных методов оценки.

Этиология.

1. Затруднения при овладении навыками являются и причиной возникновения соответствующих психических расстройств, основным из них является умственная недостаточность. Разграничение производится по коэффициенту интеллектуального развития (IQ) – от низкого интеллекта до очень тяжелой формы умственной отсталости.

Доля людей с умственной недостаточностью согласно DSM – IV (Американская ассоциация психиатров) приблизительно 1%, соотношение мужчин и женщин 1,5:1. Причинами могут быть генетические расстройства (около 5% – хромосомные аномалии), ранние расстройства эмбрионального развития (30% – инфекции, вредные привычки), проблемы, связанные с беременностью и пренатальным периодом (10% – недостаточное питание), соматические заболевания в детском возрасте (около 5%), влияние окружающей среды и психические расстройства (15–20%); 30–40% невыясненной этиологии.

Интервенция.

Методы интервенции

Методы интервенции можно объединить в четыре группы:

1. Обучение основным стратегиям научения и приобретение навыков:

– понимание исходных принципов, на которых основана способность к научению, а также цели научения;

– формирование подходов к научению и планированию, которые помогают достичь цели научения;

– претворение учебных планов в жизнь и проверка достигнутых результатов научения, а при необходимости и модификация учебного поведения.

2. Обучение метакогнитивным навыкам, что предполагает:

– усвоение и использование специфических стратегий научения (активное запоминание и формирование значимых ассоциаций для оптимизации памяти, формирование системы общих понятий для интеграции знаний, стратегия восприятия информации для анализа текстов);

– усвоение рефлектирующего учебного поведения (умение делать выводы по аналогии, активизировать собственные уже имеющиеся знания с помощью стратегии задавания вопросов самому себе, использовать наглядный дополнительный материал);

– гибкая и адаптированная к цели регуляция процесса научения, а также наблюдение за собственной когнитивной деятельностью (самоопрос, самоинструктирвоание). Эта цель выбирается в том случае, если необходимо активизировать общую учебную компетентность и повысить ответственность самого ученика за результаты учебного процесса.

3. Сообщение сведений из конкретных областей знаний. Эту цель вмешательства целесообразно использовать преимущественно при строго ограниченных расстройствах научения (нарушения письма, чтения и т.д.).
4. Стабилизация психического самочувствия учащегося (отказ от ориентации на неудачу, улучшение представления о своих способностях, формирование сознания растущей компетентности). Эта цель интервенции особенно целесообразна при наличии продолжительных и обширных расстройств способности к научению (при провалах на экзаменах, при устойчивых проблемах, возникающих при изучении наук и т.д.).

Это цели интервенции определяются в тех случаях, когда необходимо достичь нескольких целей сразу. В этом случае необходимо обратить внимание на два момента:

■ степень выраженности затруднения при овладении учебным навыками. При общих и устойчивых расстройствах (существенных проблемах при обучении) необходимо по возможности интегрированное обучение основным стратегиям, фундаментальным метакогнитивным знаниям и мотивационным навыкам и умениям, в

то время как при специфических расстройствах научения вмешательство может быть ограничено только отдельными моментами;

■ согласованность интервенции с уровнем развития; методы интервенции в конце концов должны «учить учиться», поэтому особое значение имеют стратегические и когнитивные компоненты, ибо они иллюстрируют то, как нужно учиться, и способствуют усвоению предварительных знаний.

Подходы интервенции

Доминирующими психологическими методами интервенции при затруднениях при овладении учебными навыками являются следующие:

- ■ Методы, которые ставят своей целью способствовать учебной компетентности и используют для этого тренинг самоинструктирования, а также когнитивное моделирование (сейчас я не могу справиться с этой проблемой, но я не буду волноваться по этому поводу, я все начну сначала).
- ■ Методы активизации учебных стратегий с помощью эвристического познавательного диалога. При этом подчеркивается значение исполнительных метакогниций (анализ исходного положения и анализ цели) и логики развития научения. Во время вмешательства клиентам предлагаются задания средней трудности, которые соответствуют их способностям к научению; эксперт (соученик или куратор структурирует их учебное поведение с помощью пояснений, демонстрации моделей, а также познавательных диалогов, и при этом формирует релевантные учебные стратегии (например, для понимания прочитанного: изложение основного содержания, формирование вопросов, разъяснение многозначных мест, прогнозирование дальнейшего хода повествования). Этот метод основывается на теории педагогики и психологии развития.
- ■ Тренинг мыслительных способностей. Различные тренинговые программы обучают индуктивному мышлению (узнавание, учет, поиск закономерностей). Эти методы интервенции ориентируются прежде всего на профилактику, так как в их основе лежит предупреждение возникновения расстройств научения. Испытуемые во время интервенции должны научиться быстро и точно анализировать кажущиеся невзаимосвязанные между собой явления и выявлять закономерности, а также констатировать явления, отклоняющегося от нормы. Обучение осуществляется за счет распознания общностей и различий или одновременно общностей и различий.

Могут быть задания: образовать классы по определенному сходству, различию, дополнить ряды, продолжить предложения, установить аналогии. Как правило, проводится 10 сеансов.

Может быть поставлен ряд вопросов: Что ищется, что дано? Обоснуйте! Существуют программы тренинга для разных возрастных групп (5–7 лет; 14–16; 9–11).

- Методы инструктивно-психологического обучения учебным стратегиям. Эта форма вмешательства исходит из психологического анализа наличия или отсутствия конкретных учебных умений и навыков и формирует с помощью инструкций (иллюстраций, текстов, указаний) желаемое учебное поведение, а также организует учебный процесс. Они используются прежде всего для развития навыков чтения, понимания текстов, умения конспектировать, активизировать память.
- Методы мотивационного влияния. При работе со слабоуспевающими клиентами необходимо обращать внимание на мотивационную направленность при интервенции; на первый план при этом выходит следующее:

– пробуждение к самоответственным постановкам целей и определению уровня требований, например: выбор заданий средней сложности, т.е. таких, которые могут как получаться, так и не получаться;

– стимулирование возникновения чувства ответственности за себя (причинно-следственный тренинг);

– открытое оперантное подкрепление учебной активности с помощью значимых лиц (похвала, внимание, мягкое наказание).

Методы интервенции при ограниченных расстройствах научения (при нарушении чтения и письма)

При ограниченных расстройствах научения (например, легастении) затруднения ограничиваются чаще всего какой-либо одной областью. Это означает, что нарушения не затрагивают уровня общих стратегий научения, элементов знаний и тактических условий научения, а проявляются в какой-либо конкретной области (чтении, письме). Поэтому вмешательство при таких нарушениях может концентрироваться, прежде всего, на усвоении конкретных моментов (конкретном знании и стратегиях).

При нарушении чтения и письма используются упражнения, которые помогают приобрести систематические знания для чтения и письма (к процессу подключают и родителей):

- использование компьютера: есть в этом вмешательстве и позитивные стратегии, и негативные;
- вербализация собственных действий;

- использование оперативно-стратегического тренинга навыков чтения и письма (систематическая тренировка понимания текста, вскрытие логических противоречий в тексте, констатация и решение проблемы, анализа качества решения, использование модели самостоятельной обработки текста).

Методы интервенции при общих расстройствах научения

Интервенция при общих расстройствах научения отличается двумя условиями:

1. Интервенция включает освоение основных процессов (например, стратегий запоминания).
2. Методы интервенции являются достаточно широкими и касаются основания общих стратегий (стратегий решения проблем), а также способности адресатов использовать эти общие навыки и при конкретных трудностях. Определяются следующие методы:

- Обучение основным предпосылкам научения:

– по стратегиям запоминания (активное повторение про себя – пересказ), а стратегии самопроверки при заучивании списка слов. В результате дети улучшают свою память (методика переносится и на прозаические тексты);

– образование ассоциаций.

- Социальное научение. Чаще используется при обучении пациентов с умственной недостаточностью, аутизмом, шизофренией:

– Формирование имитационного поведения (40 часов), способствует снижению агрессивности, готовности к совместным действиям, развитию навыков общения, установлению контактов с окружающими и т.д. (имитация двигательная или речевая, или совместная; иллюстрируется социальное поведение).

Методы интервенции у пожилых людей

Для пожилых людей с психическими расстройствами включаются следующие мероприятия:

- формирование когнитивной дифференциации, разработка вербальных структур коммуникации и оценка социальных ситуаций вплоть до решения межличностных проблем (у больных шизофренией);
- выработка общих навыков мышления (индуктивное мышление);
- структурирование6 окружающей среды и целенаправленное разучивание (для пациентов с потерей памяти, дезориентацией и бессвязностью мыслей);
- концентрация внимания, пробуждение интереса и самостоятельности;
- поддержка процессов внимания и памяти (гимнастика для мозга, эти упражнения связаны с медикаментозным лечением).

2.6. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ И СПОСОБНОСТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

(см. табл. 16.20; 16.21; 16.22)

Классификация и диагностика.

- Расстройства мышления возникают вследствие того, что не удается должным образом осуществлять основные процессы переработки информации (фокусировка внимания, память, образование понятий). Поэтому нарушается переработка сложной информации и возникают характерные расстройства мышления (недооценка реальности, галлюцинации).
- Формальные расстройства мышления – это нарушения дедуктивного мышления, и они выражаются в том, что акты мышления дезорганизованы, или формально нелогичны (бессвязность, разорванность, склонность к неологизму), что приводит к ошибочным искаженным результатам (искаженному представлению о ситуации, нелогичным умозаключениям.
- Содержательные расстройства мышления касаются, прежде всего, индивидуального мышления (обобщение конкретного опыта). Они возникают из-за того, что мышление исходит из ложных предпосылок, переоценивает одни и недооценивает другие доводы и поэтому приходит к ложным умозаключениям. В случае психических заболеваний окружающий мир воспринимается причудливым и необычным образом.
- Недостаточная системная регуляция/метакогниция касается определенных моментов системной регуляции и контроля, имеющих место в процессе мышления (например, анализа и синтеза информации, планирования мыслительных актов). При этом указывается на желательность систематического обращения к предшествующему опыту. Лица, не обладающие этими способностями, в процессе решения и принятия решения не могут достичь положительных результатов.
- Недостаточная способность к образованию понятий, которая предопределяет то, насколько дифференцированно и реалистично индивид воспринимает окружающий его мир и действует в нем. Описание качества и уровня понятий может быть дано с помощью характеристик когнитивной структурированности, при этом различают низкую и высокую степень структурированности. Низкий понятийный уровень характерен для таких заболеваний, как большая депрессия, расстройства социального поведения, антисоциальное поведение и алкогольная зависимость.

Расстройство способности решения проблем

Как известно, мышление в основном связано с переработкой информации (индуктивное и дедуктивное). Решение проблем включает в себя следующие основные процессы:

1. Формирование внутреннего представления об окружающем мире (проблемное пространство).

2. Процессы индивидуальной интерпретации и селекции, используемые при формировании проблемного пространства и способные привести к ошибкам или искажениям при восприятии проблемы (репрезентация проблемы).

3. Возможные изменения (действия), которые соотносятся с субъективной репрезентацией проблемы (поисковое пространство). Возможные пути решения, которые индивид ищет исходя из известных ему свойств проблемы.

4. По ходу решения проблемы могут возникать новые затруднения, разрешение которых потребует новых попыток.

На расстройство способности решения проблем влияют (кроме названных) четыре момента:

■ Негативное восприятие проблемы/недостаточная регуляция эмоций. При этом проблема отягощается негативными субъективными оценками (снижением контроля, гневом), отчего проблема представляется более сложной и непонятной, а склонность к поспешным и неадекватным реакциям повышается (депрессия, тяжелый кризис, острое стрессовое расстройство).

■ Недостаточное понимание проблемы. Лица с психическими расстройствами склонны к неконтролируемым, импульсивным выводам, поверхностному восприятию информации и к суждениям, обусловленным их конкретным расстройством (расстройства внимания, гиперактивности, расстройства социального поведения, антисоциального поведения, зависимости от психоактивных веществ).

■ Недостаточная компетентность в решении проблем. Люди с нарушенной психикой часто испытывают затруднения, когда необходимо реализовать принятое решение гибко, с учетом обратной связи, либо не могут его выполнить из-за отсутствия необходимых навыков (алкогольная зависимость, расстройства социального поведения, антисоциальное поведение, большая депрессия, дефицит внимания, гиперактивность, профессиональные проблемы).

■ Недостаток способности усвоить и использовать знания. Ограниченные знания, а также недостаточное умение их использовать (при сильном эмоциональном стрессе) быстро приводят к нарушению способности решения проблем (умственная отсталость, большая депрессия, расстройства социального поведения, шизофрения, большая депрессия, расстройства социального поведения и трудности в школе и на производстве).

Диагностика.

Этиология.

При решении проблемы необходимо исходить из того, что могут иметь место различные сложные проблемы:

- Когнитивно-интеллектуальные проблемы (решение математических задач, разработка различных планов действий и др.). В этом случае необходимо выбрать различные средства или определить возможные варианты решений.
- Социальные проблемы относятся к сложным социальным и личностным ситуациям: конфликты с друзьями, проблемы, возникающие на рабочем месте, проблемы из-за своей сложности, многоаспектности и неясности (правильное решение находится с трудом). (Дальнейшая информация заключается в классификации). В целом же расстройства решения проблем возникают из-за того, что нарушается мышление, в том числе способность находить правильные пути решения своих проблем или обдумывать конкретные фазы решения. Часто причины кроются и во внешних ситуациях, в которых индивид должен хорошо ориентироваться. Надо иметь не только способность думать, но и способность держать дистанцию по отношению к предмету, о котором думаешь.

Интервенция.

Нами уже оговаривалось, что расстройства решения проблем восходят к пяти наиважнейшим причинам:

- дефицит в мышлении и при переработке информации;
- негативное восприятие проблем или недостаточная регуляция эмоций;
- недостаточное понимание проблемы;
- недостаточная компетентность в решении;
- ограниченный запас знаний.

Все методы интервенции можно распределить по их главной цели:

- Оптимизация процессов мышления (тренинг).
- Регуляция эмоций.
- Улучшение понимания проблемы.
- Обучение умения и навыкам решения проблем (с помощью тренинга).
- Оптимизация усвоения и использования знаний с помощью развития памяти и тренинга, хранения более взаимосвязанной информации (с помощью образования ассоциативных связей).

Оптимизация процесса мышления

С целью оптимизации процесса мышления можно использовать следующие мероприятия:

1. Тренинг индуктивного мышления (тренинг способности делать выводы). Тренинг продолжается 10 сеансов. Пациенты – люди с умственной недостаточностью и пожилые пациенты. Методика тренинга описывалась нами ранее.

2. Восстановительный тренинг. Для больных шизофренией предлагается тренинг основных когнитивных способностей, улучшающий восприятие информации, позволяющий приобретать новые знания и улучшать речевые навыки.

3. Обучение стратегии преодоления когнитивных задач. Для этого используются простые задания: загадки, картинки-головоломки, упорядочение карточек с картинками (цвет, форма, сюжет) и т.д. Наблюдаемые стратегии переносятся на социальные и повседневные проблемы.

4. Тренинг дивергентного мышления (креативности), который направлен на генерирование предложений по решению (мозговой штурм) и отделение фазы генерирования идей от фазы их оценки.

5. Улучшение системной регуляции. Включает обучение клиентов самоинструктированию. Можно обучать вопросам, задаваемым самому себе: «Что эта за проблема?», «На что я не обратил внимания?», «Какова цель проблемы?», «Какие средства к достижению цели можно использовать?» и др.

Регуляция эмоций

Методика работы с пациентом заключается в следующем:

1. Объяснение испытываемых чувств. Психотерапевт прежде всего вникает в чувства пациента, пытается разобраться в его ощущениях и помочь клиенту выразить эти чувства. При этом используется катарсис.
2. Переопределение проблемы. Психотерапевт вместе с клиентом пытается дать оценку кризисному событию и возникшей ситуации с помощью объективных критериев, чтобы подготовить почву для последующей когнитивной переработки.
3. Планирование поведения во время актуальной ситуации. Осваиваются навыки ориентации в сложной ситуации и вырабатывается адекватное для нее поведение, которое постепенно реализовывается.
4. Долговременные цели. В центре рассмотрения и обсуждения находится осознанная ориентация на долговременный эффект. Это позволяет клиенту достигать высокой оценки целенаправленности и формировать соответствующее поведение.

Такая последовательность мероприятий применяется при посттравматическом синдроме и во время кризисных ситуаций (потеря значимого лица, возникновение заболевания тяжелого и др.). В этих случаях наибольший эффект дает разговорная психотерапия, помогающая пациентам осознать значения своих переживаний и поступков с учетом собственных целей, возможностей, ценностей.

Интервенция, основанная на регуляции эмоций, помогает пациенту дистанцироваться от проблемы. Клиентам необходимо подсказать, как вести себя, чтобы не поддаваться первым импульсам:
а) необходимо постараться задержать реакцию;
б) попытаться получить дополнительную информацию;
в) использовать более общую систему правил решения проблемы можно, активно используя самоинструктаж по плану:

– Не спеши действовать по первому порыву!
– Спокойнее присмотрись к возникшей ситуации!
– Спроси себя, так ли партнер оценивает возникшую ситуацию, как и ты?
– Как можно иначе взглянуть на эту проблему?!
– Постарайся точнее выразить словами возникшую проблему.
– Используй всю имеющуюся по этой проблеме информацию.

Во многих случаях именно с такого самоинструктажа следует начинать решение психотерапии проблем пациентов.

Содействие пониманию проблемы

Методика содействия пониманию проблемы может включать:

- Сообщение знаний о болезни.
- Изменение социальных установок.
- Дифференциацию социального восприятия.
- Обсуждение ожиданий относительно эффективности психотерапии.
- Необходимость убедить клиента отказаться от негативных и вредных убеждений.
- Проведение тренинга прививки против стресса и тренинга совладения со стрессом и болью, тренинга решения проблем.

Таким образом, решение психолога вырабатывается совместно с клиентом на базе дифференцированного знания.

Популярной техникой интервенции используется метод остановки реакции: клиентов обучают самоинструктированию, регулирующему поведение, типа: **Остановись! Смотри! Слушай! Думай!**

Для детей и умственного отсталых лиц используются образно наглядные представления. Большой известностью пользуется «черепашья» техника. Агрессивно-экспансивным детям в проблемных ситуациях предлагается имитировать поведение черепахи: они учатся

прятаться в панцире и медленно передвигаться, когда чувствуют, что не могут совладеть с ситуацией.

Можно также конфронтировать взрослых и детей с провоцирующей ситуацией (при насмешке, вызове), их учат сдерживать поспешные и необдуманные решения с помощью адекватного самоинструктирования, техники релаксации, отвлечения внимания и воображения.

Обучение навыкам и умениям, необходимым при решении проблемы

Обучение навыкам и умениям можно решать по следующей модели и в следующей определенности:

1. Сначала клиент должен выработать общее отношение к существующей проблеме, а именно: а) признать, что существование проблемы в человеческой жизни – это нормальное и вполне разрешимое явление; б) не закрывать глаза на проблемные ситуации, а воспринимать их; в) не осуществлять поспешных действий и подавлять желание вообще ничего не делать.
2. Клиент определяет проблему, ориентируясь на поведение. Он должен так сформулировать отдельные стороны проблемы, чтобы можно было отличить релевантную информацию от нерелевантной. Кроме того, необходимо ясно обозначить важнейшие цели и конфликты, а также вставшую проблему.
3. Клиент формирует как можно большее количество альтернативных решений, не оценивая их. Для хорошо определенных проблем клиент ищет как можно больше альтернативных решений.
4. Затем клиент выбирает наилучшее решение, учитывая, прежде всего, собственные потребности, а также ожидаемый успех. Под руководством психотерапевта он обдумывает последовательность действий; неприемлемые альтернативы решения последовательно исключаются, приемлемые решения развиваются дольше и планируются.
5. В конечном итоге пациент на практике реализует свое решение и анализирует последствия своих действий. Обязательно нужна помощь психотерапевта, его поддержка и поощрительное отношение.

Оптимизация усвоения и использования знаний

Эти методы интервенции предназначены для реабилитации: они являются терапевтическим модулями, которые дополняются другими мероприятиями (тренингом речевых навыков, привлечением ближайших родственников). Основное внимание уделяется двум мероприятиям:

- Оптимизация памяти. Пациентов обучают методам хранения информации в памяти и более легкого извлечения информации из памяти: с помощью внешней и внутренней речи, образования ассоциативных связей, повторного заучивания, содержащегося в памяти, и самопроверки. (Пациенты – люди с неврологическими заболеваниями, пожилые пациенты, а также лица с задержкой умственного развития).
- Активизация знаний. Клиенту создаются условия для развития способности мыслить по аналогии, чаще всего в виде ситуаций, требующих выполнения заданий и удовлетворения требований. Можно использовать следующие задания-аналогии:

– индивидуальные (формируется свой взгляд на вещи);
– прямые (перенос знаний из одной области в другую);
– символические (проблема характеризуется в словесной форме);
– аналогии-фантазии (представления о желаемом).

Этот тренинг можно использовать при возникновении профессиональных проблем и проблем с успеваемостью.

2.7. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В понятие эмоций входят следующие составные части:

- субъективные эмоциональные состояния;
- когнитивные оценки ситуаций;
- физиологические изменения (учащенное сердцебиение);
- мотивационные тенденции (желание бежать от ситуации);
- экспрессивное поведение (испуганное выражение лица).

В более узком смысле эмоции включают:

- аффективные компоненты (эмоциональные переживания в узком смысле);
- когнитивные компоненты (обеспокоенность своим состоянием);
- телесно-перцептивные компоненты (восприятие физиологических изменений и экспрессивная моторика).

Классификация.

Различают:

1. Эмоциональные расстройства как таковые (печаль, тревога, гнев).
2. Эмоциональные расстройства как компоненты сложных клинических синдромов (глубокая печаль как компонент депрессии).
3. Расстройства, зависимые от эмоционального состояния в других психических сферах (снижение работоспособности (интеллектуальной), страх перед экзаменом).

Эмоциональные расстройства характеризуются тем, что содержание, частота возникновения, интенсивность или продолжительность определенных эмоций с общественной, клинической или субъективной точек зрения являются неадекватными (чрезмерно частая и продолжительная печаль и т.д.).

Параметры эмоциональных расстройств:

А. Содержание.

Б. Частота возникновения.

В. Осознанность и реалистичность.

Г. Эмоциональные расстройства как компоненты синдромов.

Диагностика.

Непосредственная диагностика строится на сведениях, которые представляют сами клиенты:

- интервью (самооценка, самоописание (оценивается по рейтинговым шкалам));
- опросники;
- метод нереактивного тестирования (проблематичная валидность);
- другие методы (аппаратурная диагностика физиологических изменений, описательная диагностика переменных и др.).

Необходимо для установления точного диагноза использовать все методы в комплексе.

Этиология.

Описание эмоциональных расстройств

Тревога. Аффективная компонента тревоги состоит из специфических неприятных ощущений напряжения и внутреннего беспокойства. Эти ощущения чаще всего связаны с ощущением физиологической активизации (ускоренное сердцебиение, учащенное дыхание, повышенное потоотделение). Проявляются неадекватные мысли об угрожающих ситуациях, о невозможности справиться с ними. О расстройстве говорят в том случае, когда тревога появляется в неадекватных условиях, когда для нее нет основания.

Устойчивая, неадекватная реальности тревога является основным признаком фобий.

Печаль. Для проявления печали характерны:

- физическое беспокойство или вялость;
- чувство, как будто ком застрял в горле;
- слезы;
- мысли о прошедших негативных событиях;

- мысли о текущих негативных событиях;
- мысли о вероятности будущих негативных событий.

Клинической проблемой она является в том случае, если является устойчивой и не адекватной реальности.

Гнев и другие негативные эмоции. Гнев, в отличие от тревоги и печали, является эмоцией, ориентированной на преодоление и переживается чаще всего при возникновении препятствия своим действиям, которое, как человек чувствует, ему по силе. В соответствии с этим гнев и ярость рассматриваются как чувства, которые, несмотря на их негативное содержание, не представляют проблему. Последствия этих эмоций иногда оказываются неблагоприятными для индивида (коронарные заболевания), но все же больше при этом страдает социальное окружение.

В норме гнев и ярость являются быстропроходящей эмоцией. Проблемой они становятся тогда, когда возникают часто и без видимых причин.

К негативным эмоциям относятся также чувство стыда или вины, которые в норме выполняют важную функцию контроля над поведением. Медлительное и устойчивое чувство вины, неадекватное по обычным оценкам, возникает в качество компонента депрессии.

Радость и другие позитивные эмоции. Радость рассматривается как основная позитивная эмоция человека. Многие другие позитивные эмоции могут рассматриваться как когнитивные разновидности радости: гордость, чувство благодарности. Чрезмерная радость (эйфория) может быть проблемой, если она не адекватна реальности.

Расстройства в сфере позитивных эмоций скорее заключаются в недостатке таких эмоций, т.е. когда они возникают крайне редко, не интенсивны и очень непродолжительны. Это встречается чаще всего при депрессивных состояниях.

Причины возникновения эмоциональных расстройств

1. Ситуационные условия:
   а) события внутреннего характера;
   б) дистальные (внешние, культурные, общественные, экономические, политические) условия.
2. Личностно-обусловленные условия:
   а) телесные структуры;
   б) когнитивные структуры.
3. Условия, обусловленные соматическими процессами.
4. Восприятие и когниции.

Негативные эмоции при переработке информации могут возникать при наличии следующих ошибок в процессе мышления:

а) произвольные выводы из имеющейся информации (негативная самооценка из-за проблем других людей, связанных производством, досугом);

б) избирательное абстрагирование от конкретности информации при пренебрежении другой информацией;

в) чрезмерная генерализация имеющейся информации (негативная оценка собственных способностей из-за одной возникающей проблемы решения вопроса);

г) максимализация или минимализация: переоценка или недооценка своих способностей, своего статуса среди друзей;

д) персонализация имеет место в том случае, если негативные события индивид принимает на свой счет;

е) абсолютизирующее мышление: мышление в черно-белых категориях: или все абсолютно хорошо, или абсолютно плохо.

5. Мотивация и поведение (состояние конфликта).

Интервенция.

1. Воздействие за счет обусловливания и угашения.

а) систематическая десенсибилизация, которая представляет собой мероприятия по релаксации, во время которых пациент представляет себе вызывающие страх раздражители.

б) методика наводнения, при котором клиенты в течение длительного времени (до двух часов подряд) неоднократно подвергаются воздействию вызывающих тревогу стимулов.

2. Воздействие за счет изменения восприятия.

Основные действия могут быть направлены на то, чтобы:

- поддерживать восприятие внешней реальности вместо концентрации внимания на вызывающих тревогу ощущениях или процессах;
- направлять внимание не на вызывающие беспокойные эмоции, а на аспекты, содействующие уверенности;
- можно использовать эротические и другие стимулы;
- к проблеме важно повернуться лицом, но надо уметь от нее и отвернуться, потому что она вызывает тревогу (не смотри вниз, но и не отводи взгляд);
- можно использовать техники гештальттерапии: «здесь и теперь», «речь, адресованная самому себе», «игры» в переживаемый опыт);
- использовать принятие, т.е. допущение мыслей и чувств, что нечто может произойти и без всяких попыток управлять ими, т.е. отказ от борьбы за то, чтобы чем-то управлять, или что-то изменить.

3. Воздействие за счет изменения переработки информации.

А. Методики неспецифического воздействия:

а) занятие чем-то простым и знакомым, что отвлечет от угрожающих фантазий;

б) использование мантр (постоянное повторение осмысленных и бессмысленных звуков: произнесение одних и тех же молитв (можно с четками)) и др.

Б. Формальные дефекты переработки информации.

а) логические ошибки (ошибки индуктивного мышления: произвольные умозаключения, избирательное абстрагирование, максимализация, минимализация, персонолизация).

4. Воздействие за счет реатрибуции (возвращение в прошлое).

В ходе проведения реатрибуции клиенту показывают, что симптомы являются последствиями определенной истории его жизни, определенного опыта (внешние причины), что симптомы не являются признаками наступающей психопатологии и что они могут быть изменены за счет адекватных мероприятий.

Воздействия за счет изменения Я-концепции и ожидания свойственной компетентности.

В центре внимания находится понятие «ожидание собственной эффективности». Индивид убежден в собственной способности к эффективным действиям, и предположения о своей неспособности могут приводить к тревоге, гневу, ярости, отчаянию.

Используется в необходимых случаях когнитивная и поведенческая терапия.

P.S. Существует понятие депрессивного реализма. Согласно «д.р.» люди с депрессией склонны более реалистично оценивать ситуацию, степень ее контролируемости и собственное социальное поведение, чем те, кому свойственно оптимистически искажать реальность.

5. Воздействие за счет изменения ожиданий событий и значимости. Используется когнитивная и поведенческая терапия.

6. Воздействие за счет изменения соматических факторов.

Используется аутогенный тренинг, прогрессивная релаксация мышц, фармакотерапия. Необходимо комплексное лечение.

2.8. МОТИВАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Традиционно мотивация определяется как психическая сила, лежащая в основе направленности интенсивности и устойчивости поведения, а также под мотивацией понимаются определенные, подготавливающие действия, когниции, прежде всего, желания и намерения совершить какие-либо действия.

Наиболее важными являются, прежде всего, четыре больших, отчасти пересекающихся содержательных класса человеческой мотивации:

а) мотивация, обусловленная потребностями организма;

б) мотивация, обусловленная социальным окружением, действительностью;

в) мотивация достижения;

г) мотивация, отнесенная к самому себе (реализация целей).

Классификация мотивационных расстройств.

Различаются:

- мотивационные расстройства сами по себе;
- мотивационные расстройства как компоненты более сложных синдромов;
- мотивационные расстройства как причины других расстройств.

Классифицируются мотивационные расстройства по следующим параметрам:

Содержание. Можно выделить содержание мотивации и содержание действий, из нее вытекающих. Отклоняющимися от нормы являются действия, запрещенные законом, обществом, правилами поведения людей в обществе.

Частота, интенсивность, устойчивость (патологией является как повышенное количество данных понятий, так и недостаточное (индифферентность)).

Параметры качества процесса. Мотивационные расстройства как компоненты синдромов.

Диагностика.

1. Непосредственная диагностика основывается на данных, которые сообщает сам клиент.
2. Клинические интервью и опросники.
3. Проективные методы.
4. Другие методы: наблюдение за поведением, беседа и др.

Этиология.

Различают три группы условий возникновения:

1. Ситуационные условия.
2. Условия, личностно обусловленные.
3. Внутренние пусковые процессы.

Ситуационные условия могут поддерживать расстройство, способствовать их возникновению и устранению.

При условиях, личностно обусловленных, речь идет об имеющихся индивидуальных структурах. Необходимо различать соматические структуры и когнитивные.

В основу актуального формирования мотивации могут быть положены следующие типы текущих внутренних процессов.

Когниции. Декларативная мотивация может основываться на более или менее дифференцированных размышлениях, действиях и целях, которые затем ведут к формированию желаний и намерений выполнить действие.

Восприятие. Декларативная мотивация может быть актирована и непосредственным восприятием ситуации (увидев знакомого человека, мы можем, исходя из ситуации, вести себя по-разному – броситься на встречу или перейти на другую сторону).

Чувства. Собственно эмоции (тревога, злость, радость и т.п.) и такие переживания, как боль, жажда, голод могут также способствовать мотивации (или рефлекторно, или за счет габитуации, или на врожденной основе).

Физиологические процессы.

Виды мотивационных расстройств

Проблемы в сфере мотивации могут состоять в качественных расстройствах мотиваций и действий и в их количественной недостаточности и избыточности. Можно выделить следующие группы расстройств:

Чрезмерно негативная метамотивация. Затягивает процесс принятия решения, тем самым способствует недостатку намерений и действий.

Чрезмерные конфликты желаний. Два или более одинаковых по силе, но не совместимых друг с другом желания существуют одновременно и устойчиво. Выбор в пользу одного из желаний не делается, что ведет к недостатку намерений и действий.

Чрезмерная фиксация на актуальном положении вещей заключается в неоправданно длительной персеверации в фазах активизации, желания, стремления к оценке.

Чрезмерная импульсивность имеет место в том случае, если: а) слишком быстро протекают фазы мотивации; б) действия прекращаются преждевременно. В целом это может привести к нереалистичным и субъективно иррациональным действиям.

Недостаток мотиваций и действий заключается в том, что мотивация и действия, ведущие к цели, становятся слишком редкими, слабыми, малоустойчивыми (при депрессии).

Нереализованные мотивации и действия, которые наблюдаются в случае, если желания, намерения и действия являются выполненными, или не способны привести к достижению желаемой цели. Устойчивость таких желаний приводит к выполнению недостаточного количества действий, необходимых для достижения цели.

Иррациональные мотивации и действия способствуют тому, что предпочтение отдается невыгодным действиям, менее важ-

ным и не ведущим к цели, а не действиям, ведущим к цели и более выгодным. Это мешает достижению жизненных целей и действий.

Мотивационные расстройства и клинические синдромы

Фобические расстройства. При фобиях типичен следующий мотивационный процесс.

А. Испытывается страх пред определенными объектами (или ситуациями, событиями). Поэтому данный объект имеет негативную значимость, что приводит к избеганию объекта или ситуаций.

Б. Появляется мотивация избегания, которая вступает в конфликт с позитивной мотивацией различных других видов (событий боятся и стремятся к ним).

В. При сильно выраженной фобии избегание таких конфликтов преобладает. Появляется поведение избегания, которое ставит под угрозу выполнение повседневных и профессиональных обязанностей, нарушает социальные отношения.

Навязчивые расстройства. (подробно см. далее). В основе навязчивых расстройств лежит страх перед нежелательным событием.

Депрессивные расстройства (подробно см. далее). Сниженная мотивация и следующий за ней недостаток действий относятся к основным симптомам депрессии.

Шизофрения (подробно см. далее).

Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, курение, наркомания). (подробно см. далее).

Интервенция: мотивационные расстройства

Задача психотерапевтической интервенции при мотивационных расстройствах состоит в изменении дисфункциональных ожиданий и значимости, при этом необходимо учитывать также и эмоциональные аспекты.

Воздействие на конституциональные факторы:

- Надежных терапевтических методов пока нет, в основном используется медикаментозное лечение, однако можно влиять на «перенапряженное» мотивационное состояние.

Воздействие на когнитивные структуры:

- Каузальная атрибуция (определенные атрибутивные стили рассматриваются как ответственные за общее снижение активности, которое не может быть объяснено с помощью переменных окружающей среды).
- Ожидания относительно компетентности. Формирование ожиданий относительно собственной компетентности является основным элементом успешной терапии. При этом эффективное использование им стематической десенсибилизации, тренинга компетентности.

▪ Демотивирующие убеждения особенно тревожны. В этом случае убеждения типа: «Я ни к чему не пригоден, поскольку я не всегда компетентен и работоспособен» необходимо в результате различных методов заменить, например, следующим «Я, как и все, несовершенен и могут допускать ошибки. Лучше просто выполнить дело, чем добиваться его выполнения в наисовершенном виде». При этом часто психотерапевт может выступать в качестве модели. Например:

Психотерапевт (Т). Разве можно не делать ошибок? Я сам ошибался много раз.

И если ошибаетесь вы, это же не значит, что вы глупец.

Ведь меня вы не считаете глупцом.

Пациента (П). Конечно нет!

Т. Вы видите, что существует как бы два отношения к одному действию. Кто же установил их?

П. Наверное, я.

Т. Тогда почему бы вам не руководствоваться правилом, которое вы использовали по отношению ко мне и жить как все.

▪ Теория депрессии, основанная на верификации.

Воздействие на ситуационные условия:

▪ Контроль над стимулами:

а) при проблемах с алкоголем – не держать дома алкогольных напитков, не посещать пивных, избегать рекламы алкоголя;

б) при переедании – держать в холодильнике только соответствующие необходимые продукты питания, не читать поваренных книг и рецептов в журналах;

в) при затруднениях в учебе – не читать увлекательных романов в комнате для занятий, никаких газет, журналов, телевидения, работать в местах, где ничего другого нельзя делать; не отвечать на телефонные звонки;

г) при зависимости от психотропных веществ – никаких поисков «сцены», поменять место жительства;

д) при зависимости от никотина – убрать сигареты из квартиры, не находиться рядом с курящими, отвернуться, если герой фильма закурил.

Для редукции еды наспех выработаны шесть правил поведения:

1. Определите для каждого приема пищи определенную продолжительность (в минутах) еды и расслабления.

2. Ешьте только за одним столом, и только за ним.

3. Никогда не читайте и не работайте во время приема пищи.

4. Не работайте после еды, а расслабьтесь в течение установленного времени.

5. Отдыхайте не на своем рабочем месте, а где-нибудь в другом месте.

6. Не работайте в отведенное для расслабления время и не думайте при этом о своей работе.

- Согласованность подкрепления. Если прежний стимул потерял значимость, в качестве подкрепления должен выступить другой стимул, значимый.

Воздействие на актуальные внутренние пусковые и регуляторные процессы:

- Тренинг самоинструктирования.
- Влияние на физиологические процессы.
- Использование восприятия и фантазирования.

Воздействие на мотивацию к терапии:

- Терапия требует времени и психолог обязан позаботиться о том, чтобы этого времени было достаточно, не прервать психовоздействие преждевременно.
- Психолог должен позаботиться, чтобы степень конфронтации была для пациента преодолимой.
- Воздействие должно стремиться к тому, чтобы пациент вылечился без вторичных выгод от болезни, если они играют большую роль при поддержании расстройства.
- При воздействии необходимо учитывать саботаж со стороны родственников, семейно-сексуальную терапию.

2.9. РАССТРОЙСТВА СНА

(см. табл. 19.23; 19.24; 19.25)

Классификация.

Нарушения сна как бы подразделятся на:

- Нарушения засыпания.
- Прерывающийся сон.
- Раннее пробуждение по утрам.
- Избыток сна, также патология.

Тагксонономия включает четыре основные группы:

- Диссомния.
- Парасомния.
- Нарушения сна как последствия заболеваний.
- Нарушения сна, причина которых не ясна.

Диссомния – более общее понятие для бессонницы и гипесомонии.

Паросомния включает отклонения от нормы, появляющиеся во время сна.

Третья и четвертая группы отражают тот факт, что расстройства сна часто проявляются в связи с психическими и соматическими заболеваниями в качестве вторичного симптома.

Диагностика.

Для установления диагностики врач обычно задает такие вопросы:

1. Носит расстройство сна временный или хронический характер?

2. Связано ли нарушение сна с заболеваниями различного рода или оно относительно самостоятельно и является первичным нарушением?

3. Представляется ли нарушение сна только как переживание пациента или оно подтверждается данными физиологических исследований?

Этиология.

Биологические условия. В детском, подростковом возрасте обычно нарушений сна не наблюдается, а если и наблюдается, то при различного рода соматических заболеваниях.

Психодинамические условия.

Гофман, исходя из теории З. Фрейда, предложил этиологическую модель бессонницы. Он отмечал хронические невротические нарушения сна с интернализованными конфликтами от таковых, с конфликтами, направленными во вне. В первой группе сон может быть нарушен, например желанием искупления супер-эго (Я не могу позволить себе отдых), или страхом перед регрессом своего «Я», связанным со сном, или из-за нарастающего, несовместимого с «Я» побуждения. Во второй группе нарушения сна приводят к вторичной выгоде от болезни. Это выражается в том, что «Я» ввиду своей незрелости доносит свои желания до внешнего мира в виде конфликтов.

Общеизвестно, что стрессовые жизненные события способны вызвать расстройство сна.

У молодых людей возникают нарушения сна в связи с проблемами идентичности, у пожилых – в связи с общим недовольством жизнью, страхом смерти и негативным отношением к старению.

Когнитивные и поведенческие условия.

Когнитивные интерпретации расстройств сна исходят из того, что приходу сна препятствует мыслительная деятельность. Фиксирование мысли на отсутствии сна подкрепляет проблему, если оно сопровождается чрезмерной озабоченностью индивида своими проблемами со сном.

Была замечена огромная роль сна при депрессивных состояниях. С одной стороны, сон депрессивных пациентов зачастую сильно нарушен, но с другой стороны полный или частичный отказ от сна может привести к значительному улучшению депрессивной симптоматики.

Расстройства сна у депрессивных пациентов проявляются в следующем:

- нарушение засыпания и прерывистый сон с ранним пробуждением;
- уменьшение глубины сна;
- укороченный первый период сна;
- равномерный сон во всех его фазах.

Условия, поддерживающие расстройства сна:

- хроническое тревожное напряжение;
- внешние факторы окружающей обстановки (свет, шум);
- субъективная оценка сна;
- поведение, связанное со сном;
- прием снотворных средств;
- возникновение психических заболеваний.

При диагностировании расстройства сна принимают во внимание два основных принципа:

- любое конкретное расстройство сна по возможности должно быть исчерпывающе проанализировано в его психологическом и физиологическом аспектах;
- нарушение сна не должно нирассматриваться, ни лечиться изолированно от условий и событий повседневной жизни.

Интервенция.

Медикаментозное лечение – за и против:

- нет идеального снотворного без побочного эффекта;
- велика возможность появления психической зависимости;
- снижается активность на следующий день;
- длительное применение лекарства усиливает бессонницу;
- если и применять снотворное, то в случае большой необходимости и лишь изредка.

Фармакологи приходят к выводу, что не существует такого нарушения сна, при котором прописывание снотворного средства являлось бы необходимым. Если же оно и выписывается, то применять его рекомендуется в минимальных дозах и непродолжительное время, причем каждый прием должен сопровождаться терапевтическими мероприятиями.

Методы релаксации.

Поскольку расстройства сна вызываются повышенной психофизической активностью, постольку методы релаксации, безусловно, необходимы.

Прогрессивная релаксация, аутогенная тренировка, гипноз, медитация – все эти методы способны оказать позитивное влияние на нарушения сна.

Упражнения сначала осваиваются с психологом, потом выполняются в домашней обстановке. В результате использования таких тренингов были сделаны основные следующие выводы:

- методы релаксации могут значительно уменьшить нарушение засыпания по сравнению с контрольной группой;
- прогрессивная релаксация по сравнению с простым расслаблением показала значительно лучшие результаты, включая подтвержденное объективными методами сокращение времени засыпания при психофизиологической бессоннице.

Для лечения нарушений сна используется также метод биобратной связи.

Инструкция по контролю стимулов при бессоннице (по Bootzin, 1980)

- Ложитесь в постель только в том случае, если почувствовали усталость.
- Пользуйтесь постелью исключительно для сна: не читайте в ней, не пейте, не курите.
- Если через 10 минут вы еще не спите, то встаньте и выйдите в другую комнату. Повторную попытку лечь в постель используйте только в том случае, если почувствуете усталость.
- Если вы опять не можете заснуть, повторите предыдущее действие.
- Вставайте каждое утро в одно и то же время.
- Не спите в дневное время.

Парадоксальная интенция

Когнитивным гипотезам объяснения расстройств сна соответствует метод парадоксальной интенции. Речь идет о технике самоконтроля, в соответствии с которой пациенту прописывают симптом его заболевания. Пациента, страдающего нарушением сна, призывают отказаться от попыток заснуть. Вместо этого он должен как можно больше не спать и с открытыми глазами наблюдать за реакцией своего тела. В основе парадоксальной интенции лежит то соображение, что сильное желание заснуть вызывает вторичный страх, усиливающий симптомы. Благодаря противоположному намерению изменяется когнитивная схема и в результате размышления о расстройстве прекращаются.

Программа терапии расстройств сна (по Hohenbergel & Schindler, 1984, S. 59)

2.10. РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

(см. табл. 20.26; 20.27; 20.28)

Классификация.

Важнейшими критериями этой группы расстройств являются злоупотребления веществами, непосредственно воздействующими на функции ЦНС, и зависимость от этих веществ.

Различают два типа расстройств, возникающих вследствие употребления психоактивных веществ.

1. ***Злоупотребление*** психоактвиными веществами: если в течение последних двенадцати месяцев обнаруживается один или несколько из следующих признаков:

- Постоянное употребление веществ препятствует выполнению определенных рабочих, учебных или домашних обязанностей.
- Постоянный прием веществ в ситуациях, в которых они представляют опасность для здоровья человека.
- Неоднократное совершение противопоказанных действий, обусловленное приемом веществ.
- Несмотря на то, что этими веществами вызывается или усиливаются временные или длительные социальные или межличностные проблемы, их прием не прекращается.

2. ***Зависимость*** от веществ определяется в соответствии со следующими критериями. (Для диагноза необходимо наличие, по крайней мере, трех критериев в течение года).

1. Развитие толерантности, констатируемое на основании:
   а) потребности в заметном увеличении дозы для достижения желаемого эффекта или определенного уровня интоксикации;
   б) явного ослабления действия при употреблении той же дозы в последующем.
2. Наличие синдромов абстиненции, характеризующихся одним из следующих признаков:
   а) характерным абстинентным синдромом при прекращении приема соответствующего вещества;
   б) приемом этого же самого (или очень сходного) вещества, чтобы смягчить абстинентные симптомы или избежать их.
3. Вещество принимается дольше и в больших дозах, чем намеревалось.
4. Безуспешные попытки снизить дозировку или проконтролировать прием веществ.
5. Индивид затрагивает каждый раз много времени и усилий, чтобы достать вещество, употребить его или на то, чтобы прийти в себя после его воздействия.

6. Отказ от важной социальной, профессиональной или досуговой активности или ее ограничение из-за злоупотребления веществами.
7. Постоянное злоупотребление веществом, несмотря на осознание того, что социальные, психологические или физические проблемы, возникающие или усиливающиеся из-за злоупотребления веществом, продолжают возникать и накапливаться.

Диагностика.

Если диагноз «зависимость» ставиться исходя их объективных данных, то при постанове диагноза «злоупотребление» приходиться довольствоваться информацией из анализа и собственной оценки пациента. К важнейшим характеристикам в этом случае относятся:

- продолжительность злоупотребления;
- возраст к началу злоупотребления;
- информация о предыдущем лечении;
- суицидальные попытки;
- по возможности точная дозировка и привычки относительно употребления, включая когнитивные условия;
- информация о том, справляется ли пациент со своей работой;
- данные его социального анамнеза (семья, общение) – необходима и сторонняя оценка.

Этиология.

Зависимость, по ВОЗ, определяется как кластер физиологических, поведенческих и когнитивных феноменов, в котором употребление одного или нескольких веществ (политоксикомания) является приоритетным по сравнению с более ранними способами поведения индивида, имевшими для него, прежде всего, большое значение.

Главная описательная характеристика синдрома зависимости – непреодолимая потребность в наркотиках, алкоголе, никотине. Она определяется как психическая зависимость в отличие от физической зависимости, которая характеризуется через физические абстинентные симптомы. Во всех случаях путь к зависимости от вещества ведет через злоупотребление им.

Психоактивные вещества по их воздействию на ЦНС можно разделить на три категории:

- вещества, оказывающие седативное воздействие на активность ЦНС (алкоголь, седативные средства);
- наркотики, стимулирующие активность ЦНС (кофеин, кокаин, амфетамин, летучие растворители и никотин).
- Галлюциногены, как ЛСД, мескалин, псилоцибин и др.

Биохимический аспект патологического влечения

Когда говорится о веществах, вызывающих зависимость, то имеются в виду вещества, изменяющие функции мозга и организма, самочувствие и поведение. Хотя действие различных наркотиков может варьироваться, их эффективность и действующая доза зависят от некоторых общих характеристик: от способа приема; от легкости проникновения в ткани мозга; от того, насколько хорошо они взаимодействуют с рецепторами ЦНС; от того, насколько быстро они выводятся из организма.

Для субъективного взаимодействия на мозг все психоактивные вещества должны достичь системы кровообращения. От способа приема зависит временной промежуток между приемом и активным воздействием. Веществам, принимаемым внутрь, нужно больше времени, чтобы воздействовать на головной мозг, чем веществам, принимаемым ингаляционно и или внутривенно.

В возникновении патологической зависимости играет большое количество факторов.

Множество исследований, посвященных зависимостям, вызванным употреблением психоактивных веществ, подтверждают участие генетических факторов в возникновении этих расстройств. Непосредственно сказывается на факторах развития риска и влияние социальной среды, особенно семьи.

Интервенция.

Программа лечения включает три уровня:

– Лечение соматических последствий.

– Лечение нарушения психических функций.

– Лечение нарушений развития, влияющих на образ жизни.

Серьезной проблемой для всех, попавших в зависимость, является слабая мотивация и, хотя желание начать лечение во многих случаях и отмечается, но само лечение организовать бывает очень трудно.

Вторая общая проблема заключается в высокой доле рецидивов. От 40 до 80% пациентов через 2–3 года опять начинают употреблять наркотики. Для каждого излечения от зависимости зачастую требуется от 10 до 20 лет.

Формы лечения могут быть следующими:

- Медикаментозное лечение.
- Психотерапия.

Подробнее рассмотрим лечение алкогольной и наркотической зависимости.

Цели и мероприятия стационарного лечения алкогольной зависимости

Цели и мероприятия амбулаторного лечения алкогольной зависимости

Цели и мероприятия в соответствии с программой стационарного лечения наркотической зависимости

2.11. ШИЗОФРЕНИЯ

(см. табл. 21.31; 21.32; 21.33; 21.34; 21.35)

Классификация.

Понятие «шизофрения» объединяет группу расстройств, которая может быть диагностирована с той же надежностью, что и другие психические расстройства.

Общность для больных с диагнозом шизофрения заключается в ощутимом (грубом) снижении уровня психосоциального функционирования (школа, профессия, дружеские отношения, самообслуживание) в раннем или среднем возрасте, если для этого нет других веских причин. Но диагностировать шизофреническое расстройство очень трудно. Самые частотные позитивные отклонения (бредовые идеи) наблюдаются не более, чем у 75% больных шизофренией, а диагностически неспецифические симптомы встречаются довольно редко.

Диагностика.

Известно, что при шизофренических расстройствах польза самооценочного метода весьма ограничена. Во время острой психотической фазы пациенты не могут дать достоверных сведений о психотических эпизодах или об изменениях своего мышления, переживания, поведения. Эти изменения и без того с трудом поддаются вербализации. К тому же установлено типичное для всех пациентов недостаточное понимание факта своего заболевания и связанных с ним негативных последствий.

Документация психопатологии базируется в основном на методе сторонней оценки. Существуют две линии его дальнейшего развития. Первая заключается в дополнении общих диагностических методов шкалами, которые призваны регистрировать характерные для шизофренических расстройств позитивные и негативные симптомы. Вторая линия развития возникла вследствие изначального

несогласия специалистов относительно клинической оценки конкретных симптомов.

Эпидемиология.

Исследования показали, что ни экономические, ни культурные, ни этические факторы почти не оказывают влияния на риск заболеть шизофренией. Это указывает на превалирующее значение генетических факторов возникновения шизофрении. И вероятность заболеть тем выше, чем выше степень родства. У ребенка, имеющего одного из больных родителей – шанс заболеть 13%.

На заболевание шизофренией влияют также и биохимические факторы. Так отмечается увеличение боковых желудочков головного мозга, а также увеличение третьего и четвертого желудочков, есть также сообщение об уменьшении объема височных долей. Однако не все исследователи склонны принять эту гипотезу.

Нейрокогнитивные дефициты

Во многих исследованиях отмечается повышенная отвлекаемость больных шизофренией. Процессы мышления и регуляции поведения могут при этом нарушаться, могут возникать галлюцинации и нарушения мышления, однако такие нарушения могут и не быть или быть обусловленными другими причинами.

На развитие шизофрении оказывают влияние и социальные факторы (нарушение коммуникативных связей в семье); психосоциальные стрессы: в качестве психосоциального стрессора могут принимать участие изменяющие жизнь события.

Интервенция.

Лечение острых психотических эпизодов

Первое возникновение острого шизофренического психоза приводит чаще всего к помещению пациента в психиатрическую больницу. Последующие психотические рецидивы могут лечиться и без направления в клинику в том случае, если семья и родственники освоились с расстройством, осведомлены о нем, приобрели навыки общения с таким пациентом. Современное лечение шизофрении включает комплекс фармакотерапии и психосоциальное воздействие.

Наукой убедительно доказана эффективность нейролептического лечения острых психотических состояний. Отмечается, что действие медикаментов сильнее неспецифического седативного эффекта, поскольку они влияют и на слуховые галлюцинации, бессвязную речь, враждебность и идеи преследования. В среднем после шести недель лечения нейролептиками улучшалось состояние 75%

пациентов. Однако у некоторых пациентов улучшение наблюдается и без приема лекарств через шесть недель, у других же и при приемах лекарств улучшения не наблюдается. При медикаментозной терапии необходимо учитывать и побочные действия ряда препаратов.

Закрепляется медикаментозное лечение, как правило, психосоциальными мероприятиями, которые могут быть оформлены как основные терапевтические правила при шизофрении:

1. Создание по возможности спокойной без раздражителей лечебной среды с постоянным персоналом.
2. Персональная и концептуальная стабильность с константным главным релевантным лицом и долгосрочной координацией лечебных мероприятий.
3. Однозначная, ясная и конгруэнтная в эффективно-когнитивном плане коммуникация.
4. По возможности единая информация и представления у пациента, родственников, стационарного и амбулаторного обслуживающего персонала относительно расстройства, конкретных целей лечения и прогноза.
5. Выработка общих по возможности реалистичных и позитивных ожиданий.
6. Избегание чрезмерной и недостаточной стимуляции.
7. Комбинация социо- и фармакотерапии.

Долговременные лечебные мероприятия для пациентов, больных шизофренией

Результаты большинства исследований, посвященных долговременному течению болезни, свидетельствуют, что приблизительно у четверти заболевших шизофренические расстройства проходят относительно быстро, не оставляя негативных последствий. Примерно у такого же количества пациентов болезнь приводит к долговременным и весьма тяжелым последствиям в виде хронически продуктивной или выраженной негативной симптоматики. У половины пациентов длительное течение болезни очень нестабильно и характеризуется более или менее частными рецидивами острых психотических состояний. Иногда по прошествии десятилетий имеется наличие значительных дефектов.

С целью облегчить состояние пациентов используются:

Фармакотерапия. Лечение может быть непрерывным и с перерывом. Исследования доказали, что лечение с перерывами не было более эффективным, чем непрерывное.

Психосоциальные меры. Большинство больных шизофренией следует лечить вне лечебных учреждений. В больнице они должны содержаться, только если имеют место острые приступы, нарушенное

поведение, агрессивность, угроза самоубийства. Они должны быть выписаны из больницы так быстро, как это возможно, иначе это сделать будет все сложнее, поскольку не только пациенты, но даже в большей степени их родственники быстро привыкают к их изоляции.

Большое значение имеет терапия средой: создание условий, максимально приближенных к условиям социально-бытовой среды. Хорошо себя зарекомендовал так называемый тренинг социальных навыков, включающий:

а) поведенческую терапию в ее разных выражениях;

б) семейную терапию.

2.12. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРЙОСТВА

(см. табл. 22.36)

Классификация.

Депрессивные расстройства включают:

- большую депрессию как отдельные эпизоды;
- большую депрессию рекуррентную;
- дистимические расстройства;
- депрессивные расстройства неуточненные;
- биполярные расстройства;
- циклотимические расстройства;
- биополярные расстройства неутонченные;
- другие аффективные расстройства: аффективные расстройства, обусловленные соматической болезнью, аффективные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ; аффективные расстройства неуточненные;
- шизоаффективное расстройство;
- расстройство адаптации: расстройство адаптации с депрессивным настроением; расстройство адаптации со смешанным тревожным и депрессивным настроением.

Диагностика.

Диагностические критерии для эпизода Большой депрессии по DSM-IV.

А. В течение двух недель имеет место по крайней мере пять следующих симптомов, которые представляют собой изменения работоспособности по сравнению с существующей до этого; по крайней мере, один из симптомов – или а) депрессивные изменения напряжения, или б) потеря интереса или радости жизни.

Исключаются те симптомы, которые однозначно обусловлены соматической болезнью, бредом, не связанным с настроением или галлюцинациями.

1. Депрессивные изменения настроения почти каждый день, большую часть дня, о чем можно судить либо по субъективным высказываниям (например, жалобы на чувство уныния, опустошенности), либо по наблюдениям других лиц (например, появление слез). Необходимо отметить, что у детей и подростков это может быть изменение настроения с преобладанием раздражительности.
2. Отчетливо выраженное снижение интереса ко всем видам деятельности или радости от их выполнения, почти каждый день, большую часть дня (об этом можно судить либо по субъективным высказываниям, либо по наблюдению окружающих).
3. Значительное уменьшение веса без соблюдения диеты или его увеличение (больше, чем на 5% веса тела в течение месяца); либо повышение или понижение аппетита почти каждый день. У детей такие нарушения считаются отсутствием ожидаемой прибавки веса.
4. Бессонница или повышенная сонливость почти каждый день.
5. Психомоторное беспокойство или заторможенность.
6. Усталость или упадок сил почти каждый день.
7. Чувство собственной неполноценности, чрезмерной или необоснованной вины (которое может быть и бредовым) почти каждый день (касается не только упреков самому себе или чувства вины из-за близких).
8. Снижение способности думать или концентрировать внимание либо увеличение нерешительности почти каждый день (об этом могут свидетельствовать либо самонаблюдение либо наблюдение окружающих).
9. Периодически возникающие мысли о смерти (не просто страх смерти), периодически возникающие суицидальные мысли или точное планирование суицида.

Б. Симптомы не соответствуют критериям смешанных эпизодов.

В. Симптомы являются причиной клинически значимых нарушений в социальной, профессиональной или другой жизненно важной сфере.

Г. Симптомы не являются следствием воздействия психоактивных веществ или соматического заболевания.

Д. Симптомы не могут быть лучше объяснены наличием простой печали, т.е. после потери любимого человека симптомы продолжаются больше двух месяцев или характеризуются нарушениями функций, болезненным чувством бесценности, суицидальными мыслями, психотическими симптомами или психомоторной заторможенностью.

Этиология и анализ условий возникновения.

В возникновении различного рода депрессивных состояний имеют важное значение следующие факторы:

- Генетические, что доказывается различного рода эмпирическими данными из различных исследований: семейных исследований, исследований близнецов и приемных семей. Степень влияния диспозиционных наследственных факторов, считается, варьируется в зависимости от вида и тяжести исследуемых форм расстройства.
- Психосоциальные факторы:
  а) кризисные жизненные события;
  б) стрессовые и дефицитарные средовые условия;
  в) влияние неблагополучной внешней среды.
- Психологические факторы:
  а) когнитивный подход;
  б) поведенческие и интерперсональные концепции;
  в) личностно-ориентированные подходы.
- Дополнительные аспекты: коморбидность (тревожность), демографические признаки.

Интервенция.

Важнейшие современные терапевтические подходы психологического характера могут быть представлены следующим образом.

1. Поведенческие подходы к терапии депрессии. В основе этих подходов лежит попытка связать концепции и данные из экспериментального исследования научения с генезом и устранением депрессий. Особенно влиятельным в этой связи стал подход Левинсона, основанный на терапии подкрепления. К основным стратегиям интервенции по Левинсону относятся:

- изменение неблагоприятных условий подкрепления во взаимодействиях пациента с партнером или родственниками с помощью метода, модифицирующего взаимосвязь поведения и его подкрепления;
- тренинг основных социальных навыков, которые должны позволить пациенту эффективно использовать потенциальные подкрепляющие стимулы;
- повышение частоты позитивного подкрепления не только в социальной сфере, но и в несоциальной, во время работы и досуга. При этом важными вспомогательными средствами являются планирование предстоящей деятельности, упорядочение заданий и ведение ежедневных протоколов.

2. Кроме того, в современной психотерапии активно применяются и техника релаксации для редукции тревоги, и различные когнитивные методы интервенции, направленные на изменение интерна-

циональной переработки внешних раздражителей. Применяется также групповая терапевтическая когнитивно-поведенческая программа для лечения и профилактики рецидивов депрессивных расстройств, основанная на курсе лечения депрессии с учетом видов копинга.

3. Поведенческая концепция Вольпе на первый план при лечении депрессии ставит роль процессов эмоционального кондиционирования. При этом выдвигается гипотеза, согласно которой определенные (невротические) формы депрессивных расстройств развиваются на основе выраженной и долговременной тревоги, прежде всего в социальной сфере. Вольпе разработал теорию «защитного торможения».

Когнитивные подходы

Подход Бека. Согласно подходу Бека, терапевтическая цель заключается в том, чтобы идентифицировать и изменить негативные схемы клиента (когнитивные). Для достижения этой цели привлекаются как когнитивные, так и поведенческие стратегии. Начинают, как правило, с поведенческой стратегии, которая как бы руководит с помощью домашних заданий (поэтапно усложняющихся) и письменной фиксации поведения конкретными позитивными видами деятельности. Затем во время терапевтической беседы выявляются дисфункциональные особенности процессов мышления.

К важнейшим когнитивным методикам переконструирования мышления (дальнейшего этапа работы) относятся:

- методы гибких вопросов;
- методы изменения дисфункциональных атрибутивных тенденций;
- инструкции по ведению протокола мыслей;
- ролевые игры;
- тренинг социально-коммуникативных навыков.

Подход Селигмана (модель выученной беспомощности). Самостоятельным направлениям до сих пор не стала. В терапии по Селигману, используется многочисленные когнитивно-поведенческие программы лечения депрессивных расстройств.

Подходы самоконтроля и совладения со стрессом в терапии депрессии (гипотезы второго поколения)

Подход Рема. В этом случае терапевтические действия нацелены на такое изменение процессов самоконтроля пациента, чтобы была достигнута более высокая степень независимости от экстернальных подкрепляющих стимулов или более высокая степень саморегулирования. В терапевтическом процессе стремимся к соответствующим систематическим новоизменениям в различных фазах

самоконтроля (фаза самонаблюдения, изменений тенденций к избирательному восприятию и избирательным воспоминаниям; фаза самооценивания, постановка адекватных поведенческих целей и изменение дисфункциональных атрибуций, фаза самоподкрепления; планирование и реализация вознаграждений как на материальном, так и на интернациональном уровне).

Подход Маклина. Следуя этому подходу, при терапии депрессивных состояний используется мультимодульная программа, в ходе которой при помощи различных когнитивных и поведенческих методов стремятся устранить дефициты в следующих сферах: коммуникации, поведенческой продуктивности, социальных взаимодействиях, самоутверждении, умении принимать решения и разрешать проблемы, установить когнитивный самоконтроль. Терапевтические процедуры варьируются в зависимости от конкретного случая заболевания; по возможности и при необходимости в терапевтический процесс вовлекаются супруг(а), близкие родственники.

Подход Клермана. Ядро терапевтических мероприятий составляет разработка вместе с пациентом более эффективных стратегий совладения с актуальными жизненными проблемами и трудностями, при этом особенно подчеркивается, что пациентов, прежде всего, следует освободить от «давления симптомов», преподнося им адекватную информацию относительно вида и прогноза течения расстройства. Уже в фазе терапии вместе с пациентом выясняют, какая из четырех интерперсональных тем – печаль, интерперсональные конфликты, изменение социальной роли и интерперсональные дефициты – связана с началом депрессивного расстройства. Последующее лечение концентрируется в первую очередь на соответствующем круге проблем, причем в центре терапевтической беседы стоит идентификация и изменение эмоций и когниций, релевантных для проблем: важными частными целями могут быть коррекция неадекватных паттернов коммуникации и развитие позитивных контактов в виде деятельности. Этих целей пытаются достичь в основном путем обучения основным ведущим принципам, конкретные тренинговые методы используются только от случая к случаю и являются дополнительными. Многие исследования отмечают, что более продолжительный эффект наблюдается у пациентов, прошедший курс лечения по когнитивно-поведенческой или комбинированной методике по сравнению с пациентами, прошедшими курс чисто медикаментозного лечения.

2.13. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРЙОСТВА

(см. табл. 23.37; 23.38; 23.39; 23.40)

Тревога нормальная и патологическая

Понятие тревоги трактуется как первичная эмоция с ее аффективными, физическими и когнитивными компонентами.

Понятие тревожности рассматривается как свойства личности и дифференциальная диагностика различных форм патологической тревоги, а с другой – проведение границы между патологической тревогой и другими видами психических расстройств. Основными признаками патологической тревоги являются следующие:

- тревожная реакция и избегание поведение переживаются людьми, страдающими этим заболеванием, как необоснованные, неадекватно сильные и слишком часто возникающие;
- они начинают избегать ситуаций, вызывающих тревогу, и теряют контроль над тревогой;
- тревожные реакции вызываются последовательно и продолжаются дольше обычного;
- патологическая тревога – это ведущий симптом тревожных расстройств. Однако она может возникать при других психических расстройствах: депрессии, а также соматических заболеваниях: эндокринных расстройствах. Особенно часто тревожные состояния проявляются при острых аффективных расстройствах, протекающих в тяжелых формах, психотических заболеваниях (шизофрения), при зависимости от психоактивных веществ.

Классификация.

Классификация тревожных расстройств может быт представлена следующим образом.

Фобические расстройства

Агорафобия. Под агорафобией понимается страх перед местами или ситуациями или избегание их, бегство в случае возникновения сильных, схожих с паническими, симптомов, вызывающих в том числе и чувство неловкости, и в которых не может быть оказана помощь.

Специфические фобии. Это последовательно возникающие, клинически значимые тревожные реакции, которые вызываются фактическим или предполагаемым столкновением с социальными ситуациями.

Паническое расстройство

Панические атаки. Панической атакой называют фиксированный временной промежуток, во время которого внезапно появляется сильная и всепоглощающая тревога, опасение или испуг, зачас-

тую сопровождаемые чувством приближающегося несчастья. Во время этих атак возникают такие симптомы, как одышка, учащенное сердцебиение, боли в груди или физический дискомфорт, чувство удушья, страх сойти с ума или потерять над собой контроль.

Панические расстройства

Основной признак панических расстройств – это повторяющиеся, неожиданные и необъяснимые для самого индивида панические атаки. С паническими атаками связано возникающее впоследствии длительное чувство озабоченности тем, что атака может повториться и вызвать неприятные последствия. Панические атаки – это внезапно, неожиданно возникающие состояния интенсивно переживаемой тревоги, которые сопровождаются множеством соматических и психических симптомов и чувством постоянной угрозы. Панические атаки достигают своего апогея в течение нескольких минут и продолжаются в среднем 20–30 минут. Такие атаки не всегда связаны с определенными расстройствами или ситуациями. Чаще всего, если нет лечения, люди стараются избегать таких ситуаций, потому что боятся нового приступа панической атаки.

Другие тревожные расстройства

Кроме названных выше тревожных расстройств выделяют также органически обусловленные тревожные расстройства и тревожные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Под этими расстройствами понимаются:

а) тревожные расстройства, обусловленные соматическим фактором, при которых появляются характерно преобладающие симптомы тревоги, однозначно рассматриваемые как прямые последствия соматических факторов;

б) тревожные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, которые рассматриваются как прямое физическое следствие приема наркотиков, лекарственных средств или токсического отравления.

Навязчивые расстройства. Основные признаки этого расстройства – это постоянно возвращающиеся мысли, действия, которые отнимают много времени, вызывают стрессовое состояние, или явные нарушения. Субъект сознает, что навязчивые мысли или действия необоснованны, но это вызывает страдания субъекта.

Навязчивые действия – это повторяющиеся способы поведения, действия: мытье рук, уборка, чтение постоянной молитвы, тихое повторение слов и др., цель которых – редуцировать тревогу, снять дискомфорт. Если индивид пытается противостоять навязчивому действию, то чувство тревоги не снимается.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется повторным переживанием травматического опыта.

Диагностика.

Диагностика тревожных расстройств требует применения структурированных диагностических интервью. Они занимают важное место в общей психологической диагностике нарушений поведения. Интервью используется из стратегических соображений только в начале диагностической фазы: при первой беседе с пациентом, при сборе анамнеза. Диагностическое интервью позволяет аффективно определить психопатологическую цель терапии, дать самые первые показания к терапии, а также наметить общие подходы к психологической интервенции. Особое внимание при этом должно уделяться дифференциальной оценке коморбидности, т.е. вопросу, какие диагнозы можно поставить пациенту и в какой последовательности появляются психопаталогические нарушения. Дополнительную информацию, релевантную для расстройства и терапии, можно получить при анализе проблемы и во время лечения с помощью методов, основанных на собственной и сторонней оценке. Эти методы позволяют непрерывно регистрировать происходящие во время терапевтического процесса изменения и фиксировать их.

Этиология тревожных расстройств.

Причины, лежащие в основе тревожных расстройств, до сих пор слабо изучены.

Считается, что тревожные расстройства наступают вследствие актуальных и хронических перегрузок (= стресс) разной природы (социальной, психологической, биологической) на основе предрасположенности (= диатез). Под диатезом, чаще всего, понимаются (также под диспозицией, уязвимостью, подверженностью) биологические, генетические, семейно-генетические, когнитивные, средовые факторы, но вообще вопрос в науке решен слабо. Однако анализ условий возникновения представляет собой важное связующее звено между знаниями о расстройстве и планированием и проведением интервенции. Конкретное планирование лечения должно ориентироваться на индивидуальный анализ условий возникновения, поскольку они действительно очень индивидуальны.

Паническое расстройство и агорафобия

Паническое расстройство (или невроз сердца) – тяжелое тревожное расстройство. Симптоматика его также выглядит неоднозначной. С паническим расстройством связывают в основном по-

вторяющиеся неожиданные панические атаки, вследствие которых появляется постоянная озабоченность и опасение новых атак и их последствий, паническим расстройством с агорафобией называется одновременное наличие панических атак и агорафобии.

Когда речь идет о неврозе сердца, то по мнению российских терапевтов, на первый план выступает «тяжесть в сердце», «пожар в груди», «колющие и режущие боли и чувство страха», но о паническом страхе речь не идет, ибо пациент отдает себе отчет в своих действиях, поступках, адекватно воспринимает действительность. Объединяет обе позиции чувство страха перед возникновением новых, схожих с предшествующими, симптомов.

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство (генерализованный тревожный синдром, невроз тревоги, тревожная реакция) достаточно часто встречается в клинической практике. Основной признак генерализованного тревожного расстройства – длительная генерализованная, латентная тревога, озабоченность или опасения приближающегося несчастья. Возникает по непонятным для самого пациента причинам. Типичные сопутствующие явления – деморализация, развитие вторичной депрессии, злоупотребление седативными веществами и зависимость от них.

Пусковые ситуации, соматические заболевания, стресс, актуальные конфликты наблюдаются отчетливее, чем при панических расстройствах. Имеют значение и генетические факторы. В возникновении генерализованных расстройств значимую роль играет также социальное положение, образование, возраст. Почти 90% лиц с генерализованным тревожным расстройством обнаруживают еще и депрессию, а также другие психические расстройства.

Социофобии

Основной характеристикой социофобии является продолжительный страх перед социальными ситуациями или ситуациями, в которых оценивается успешность или избегание. Столкновение с ситуациями почти всегда вызывает тревожную реакцию, поэтому они чаще всего избегаются или переносятся с большой тревогой. При дифференциальной диагностике необходимо обращать внимание на разграничение социофобии, с одной стороны, и страхов приема пищи и хронических психических расстройств, с другой. Существует целый ряд когнитивно-поведенческих моделей, созданных для объяснения, возникновения и поддержания социофобии.

Таблица 1

Компоненты когнитивно-поведенческой модели

Компоненты	**Примеры**
Генетические и средовые факторы	■ Генетические влияния; ■ тревожность родителей; ■ родительские установки относительно воспитания детей; ■ негативный опыт контакта с референтной группой и/или представителями противоположного пола.
Убеждения относительно системно-социальных ситуаций	■ Социальные ситуации потенциально опасны; ■ чтобы избежать опасности в социальных ситуациях, поведение должно быть совершенным; ■ у меня отсутствуют способности, чтобы вести себя должным образом.
Прогнозы относительно социальных отношений	■ Социальные ситуации именно ведут к неприятностям; ■ отказам; ■ унижению; ■ потере статуса.
Симптомы тревоги	Тревожное ожидание социальных ситуаций ■ концентрация внимания и фокусировка на социально угрожающих раздражителях; ■ негативные мысли о самом себе, о собственном поведении и оценке себя другими; ■ повышенное физиологическое возбуждение; ■ сильное беспокойство относительно очевидности тревожных симптомов.
Последствия тревоги	■ Реальные или воображаемые нарушения поведения; ■ восприятие собственного поведения и его оценка по критериям перфекционизма; ■ оценка собственного поведения как неадекватного; ■ фокусировка на воображаемых отрицательных последствиях неадекватного поведения.

В качестве основной предпосылки социофобии признается генетическая предрасположенность. Другим важным фактором считается сенсибилизация посредством влияний окружающей среды (процессы научения). Поведение социально тревожных родителей может способствовать развитию социальной тревоги у детей. В качестве сенсибилизирующих факторов можно назвать прежний негативный опыт.

Тревожные расстройства: интервенция.

После постановки диагноза терапия начинается обычно с подробного объяснения пациенту того, что представляет собой тревога и тревожное расстройство. Все объяснения должны быть ориентированы на индивидуальную проблемную ситуацию и необходимо

предоставлять возможность выговориться самому пациенту. Информация должна облегчить пациентам изменение их установки и подготовить к терапии. Пациент учится:

- ■ видеть причины своей тревоги не только во внешних раздражителях, но и в особенностях своего индивидуального мировосприятия, переработки поступающей информации;
- ■ понимать, как в будущем он мог бы мысленно переработать те или иные тревожные ситуации, чтобы не оказаться вновь в состоянии тревоги;
- ■ на основании тренировок, созданных психотерапевтом, преодолевать тревожное состояние или вообще лишиться его.

После когнитивной фазы (описанной нами выше) можно начинать конфронтацию на основании различного рода тренингов (преодоление тревожных ситуаций вместе с психотерапевтом).

Сложнее организуется процесс терапии при генерализованном тревожном расстройстве. Наиболее этическим является подход, состоящий из следующих компонентов:

■ Информация и самонаблюдение. Как и при терапии панических расстройств, на первый план выдвигается психологообразовательный аспект: что такое тревога, как она проявляется? Дополнительно предлагается информация о возникновении и поддержании генерализованного тревожного расстройства. При самонаблюдении пациент должен понять на основе собственного опыта, что преувеличенные озабоченность и опасения вызываются определенными внешними или внутренними раздражителями, а не возникают фатально, сами по себе. Используются протоколы самонаблюдения, в которых регистрируются тревога, соматические нарушения, вызывающие тревогу. Полученная информации используется в дальнейшей интервенции.

1. *Тренинг релаксации*. Как правило, релаксационный тренинг применяется уже на первых сеансах. Особой популярностью пользуется прогрессирующая мышечная релаксация.
2. *Когнитивная терапия*. При когнитивной терапии используется классический метод Бека идентификации автоматических мыслей, оценки когнитивных искажений и изменений дисфункциональных отношений, выясняется, какие мысли непосредственно связаны с возникновением острой озабоченности и опасений, какие когнитивные искажения лежат в основе порочного круга озабоченности, опасений, физической тревоги и избегающего поведения и как эти неадекватные мысли могут быть изменены или заменены более адекватными. При лечении важно тренировать воображение, т.е. способность создавать детальные образные представления. Затем пациенту дается задание представить себе самый худший исход ситуации, которая его беспокоит. При

этом предлагается действовать постепенно, т.е. начинать с тех ситуаций, которые вызывают наименьшую тревогу. Представление пациента о самом худшем исходе некоторое время удерживается, затем пробуем развить у него альтернативные представления и мысли. Конфронтация должна происходить до тех пор, пока мысль не начнет вызывать меньшую тревогу. В процессе лечения пациенту предлагается проводить конфронтационный тренинг и вне терапевтических сеансов.

Профилактика поведения, связанного с озабоченностью

С целью профилактики также предлагается иерархический подход: сначала необходимо отказаться от того поведения, прекращение которого будет для пациента наименее угрожающим. Только после того, как это удалось, начинают терапевтические воздействия на другие способы поведения, отказ от которых стоит выше по рангу опасности.

При навязчивых и при посттравматических расстройствах также используются когнитивные и конфронтационные методы.

2.14. ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Неврозы

Современная ситуация в неврозологии обозначается как проблемная. Заболевание невроз, известное уже несколько столетий (впервые описано Кулленом) не стало известнее в теоретическом плане и излечимее на практике. Процент выздоровления равен 58, в лучшем случае – 65.

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с нейрофизиологической платформы.

Существует антинозологическая платформа (западная), согласно которой «невроз – это плохая упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения» (Вольпе). Считается, что нет никакого смысла противопоставлять нормальное и ненормальное. Пациенты психиатрических клиник не менее нормальны, чем члены их семейств, а «шизофреногенные» семьи ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека (Лайнг).

Большинство же современных ученых следует позиции В.М. Бехтерева, сформированному им положению о связи между

различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятельность, т.е. головного мозга.

Вместе с тем, можно согласиться с Карвасарским, что, не вполне обоснованно основа патогенезов неврозов видится нейрофизиологом в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга существенная роль отводится лимбико-ритекулярному комплексу.

Однако психологическая платформа на современном этапе является преобладающей. Над мнением современных психологов по отношению к неврозам можно выдвинуть лозунг: «Каждому времени и месту присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». В целом считается, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности.

В настоящее время объединяющими различные подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются: психическая травма и преморбидные особенности личности и ее базовых параметров – темперамента и характера.

Психической травмой называют жизненное событие, затрагивающее существенные стороны существования человека и приводящие к глубоким психологическим переживаниям.

По мнению Г.К. Ушакова, по интенсивности психических травм их можно делить на:

- Массивные (катастрофические) внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности.
- Ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).
- Пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия – кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и непреодолимые.
- Пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации; б) вызываемые чрезмерным притязанием личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном режиме деятельности.

Считается, что на неврозогенез существенно влияют акцентуации характера. Наличие акцентуаций характера может стать в условиях психотравматизации благоприятной почвой для развития невроза, невротических состояний. К тому же отдельным типам акцентуаций характера свойственны определенные формы невротиче-

ских расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для возникновения обессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или реже при некоторых смешанных с истероидным типами – лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном. От типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рола психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облечена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Клинические проявления невротических расстройств

Клинические проявления невротических расстройств разнообразны. Наиболее яркие и часто встречающиеся:

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных жизненных ситуаций, которые способны вызвать стресс практически у любого человека. Как правило, посттравматическое расстройство обуславливается следующими факторами:

- военными действиями;
- природными и искусственными катастрофами;
- террористическими актами (в том числе взятием в заложники);
- службой в армии;
- отбыванием заключения в местах лишения свободы;
- насилием и пытками.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных событий являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценцией), кошмарных сновидений, отчуждения от других людей, утраты интереса к жизни, эмоциональной притупленность, уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, нередко ведет к аддикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время социально-стрессовым расстройствам.

По данным отечественных психиатров, психологов количество россиян, нуждающихся в специализированной помощи, исчисляется десятками миллионов…

Клинически социально-стрессовые расстройства проявляются невротическими симптомами, такими как: вегетативные дисфункции, нарушения сна, астенические и истерические расстройства, панические расстройства; отклонениями поведения в виде заострения личностно-типологических черт характера, развитием саморазрушающей нецелесообразности полведения, утраты гибкости общения и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив, появления цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

К типичным психическим реакциям на психотравму относятся расстройства адаптации в виде депрессивных расстройств, реакций с преобладанием тревоги или нарушения поведения, диссоциативные расстройства.

Расстройства адаптации. В случае депрессивного варианта в клинической картине появляются такие феномены как горе, понижение настроения, склонность к уединению, а также суицидальные мысли и тенденции. При тревожном варианте доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости, тревоги, страха, спроецированного в будущее ожидания несчастья. Одним их своеобразных вариантов адаптационных расстройств считается паническое расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами (атаками) тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенными ситуациями или обстоятельности и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом возникают периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушениями поведения в виде психомоторного возбуждения, страха приближающейся смерти, которые проявляются тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, ощущениями удушья, головокружением и чувством нереальности происходящего.

Особое место в ряду невротических симптомокомплексов занимают ананкастические (навязчивые) состояния. Они представлены тремя вариантами:

– Обессии.
– Компульсии.
– Фобии.

Под *обессиями* понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием пациента, и от которых он не может избавиться волевым усилием. Их иногда обозначают «умственной жвачкой». Мысли приходят в голову как бы автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятель-

ностью. Нередко встречается навязчивое влечение запоминать имена и названия (аноматомания), навязчивый счет (арифмомания).

Компульсии проявляются навязчивыми неподдающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например, тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание ногтей, выдергивание волос, сосание пальцев. Встречаются навязчивые двигательные ритуалы в виде навязчивого мытья рук, навязчивых поступков (креститься) и т.д., псевдосуеверий.

Фобии составляю самую многочисленную группу навязчивых состояний (около 300).

Клиника астенических расстройств

Неврастения (астенический невроз) – невроз истощения. Выделяется как самостоятельная форма невроза.

Основные причины – физическое и умственное перенапряжение, можно добавить психическое перенапряжение, психотравмы.

Психогенная ситуация возникает тогда, когда индивидуум, испытывая утомление, прибегает не к отдыху, а растягивает время работы, переносит ее на ночные и вечерние часы, тратит больше времени на ее исполнение.

Симптомы (описаны учеными В.М. Бехтеревым, Ю. Белицким):

- легкая возбудимость;
- быстрая утомляемость;
- изменения чувствительности;
- световая непереносимость, слезоточение, блики при закрытых глазах;
- при чтении расплываются буквы, головные боли, содержание не усваивается;
- повышение зрачкового рефлекса;
- ощущения сдавленности в голове (каска неврастеника);
- подташнивание, шум в ушах;
- дрожание конечностей;
- легкое побледнение, покраснение;
- снижение аппетита;
- депрессивные состояния;
- гневливость с оттенком злобности к окружающим;
- несдержанность, взрывность;
- расстройства сна.

Основное психовоздействие – снятие переутомления, трудотерапия.

При отсутствии лечения может переходить в хроническую форму.

Клиника истерических расстройств

Истерический невроз. Типичным проявлением истерии является истерический припадок (большая атака), который имеет четыре периода.

Продром припадка – изменения настроения, нарушение самочувствия, состояние дискомфорта, повышенная раздражительность, боли в животе, комок в горле, звон в ушах, усиленная пульсация в висках.

Судорожный период:

а) тоническая фаза – сужение сознания, общая скованность, голова запрокинута назад;

б) клоническая фаза – быстрые беспорядочные сокращения различных мышц, сменяющиеся общими вздрагиваниями;

в) терминальная фаза – фаза мышечного разрешения (плотно закрытые веки, порывистое дыхание).

Период больших движений, или страстных поз: большие, быстрые, размашистые движения, распространяющиеся на все части тела. Поза выгнутой дуги. В этом периоде пациент как бы приходит в состояние сознания, но затем в его движениях изображаются жестокие либо эротические сцены. Выкрикиваются различные слова и фразы. Явления повторяются до 15–20 раз.

Заключительный период – постепенное восстановление всех функций.

Основные симптомы – нарушения чувствительности, сенсорные (слуховые и зрительные расстройства), нарушения запаха и вкуса редки, расстройство функций вегетативной системы (спазмы глотки, тошнота, рвота, спазмы, тики, головные боли, боли в позвоночнике).

В общем выделяются четыре этапа неврозогенеза: когнитивный, аффективно-мотивационный, антиципационный, поведенческий.

На *когнитивном этапе*, который возникает сразу после воздействия психотравмирующей ситуации, психическая деятельность пациента направлена на осознание случившегося. Пациенты пытаются понять новые условия, в которые поставлены, выявить позитив и негатив нового статуса. Как правило, обида – наиболее широко представленное на первом этапе психическое переживание – возникает вследствие несовпадения завышенного, излишне оптимистического или доверчивого отношения к окружающим и реальной оценкой их действий в условиях конфликта или любого иного взаимоотношения. Сходная закономерность наблюдается и при чувстве растерянности и недоумения. Длительность первого этапа колеблется от нескольких дней до нескольких недель.

Длительность второго, *аффективно-мотивационного этапа,* – до нескольких месяцев. Он проявляется следующими симптомоком-

плексами: депрессивным, тревожно-депрессивным, фобическим, истерическим, ипохондрическим.

Пациенты нацелены на поверхностный анализ происшедшего, своего поведения и поведения обидчиков или размышляют о настоящем психическом неблагополучии. Именно в этот период появляется комполекс соматизированных и соматоформных расстройств: вегетативных кризов, нарушения дыхания, пищеварения и др. Отмечается уход в болезнь.

В дальнейшем наступает *антиципационный этап* формирования психоневратических расстройств. Он является определяющим в исходе невроза. В процессе атиципационной деятельности формируется альтернатива: либо пациент создает когнитивную базу для использования методов психологической компенсации и самостоятельно справляется с симптоматикой, либо преморбидные особенности не позволяют ему применять психокоррекционные воздействия и невротическая реакция переходит в стойкое невротическое состояние.

Четвертый (*поведенческий этап*) определяет выработку стратегии поведения в новых условиях, когда конфликт продолжает оставаться неразрешенным.

Основная психотерапия: релаксационный тренинг, трудотерапия, арттерапия.

2.15. РАССТРОЙСТВА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

(см. табл. 24.41; 24.42)

Классификация и диагностика.

Расстройства супружеских отношений

Существуют расстройства, восходящие к индивидуальным свойствам личности и к выбору невротичного партнера, например, наличием у него депрессивных, истерических или садических черт. В этой связи как бы существует негласное соглашение (коллюзия), причиной которого являются фиксации в психосексуальных фазах (нарцистической, оральной, анальной или фаллической). При этом различают регрессивную и прогрессивную формы фиксации, которые дополняют друг друга в супружеских отношениях. При анальной фиксации заключается негласное соглашение о контроле, которое проявляется в доминировании одного партнера и подчинении ему другого. Имеются и другие сложные формы отношений.

Проблемы могут возникать и в том случае, если один из партнеров значительно прогрессировал в своем развитии, а другой

не принимает индивидуальные решения партнера (супруга). Существует теория баланса Готмана, согласно которой стабильность отношений или их разрыв могут быть предсказаны на основе двух переменных: преобладания позитивных реакций (интерес, внимание к партнеру и т.п.) или преобладания негативных реакций (критика, обесценивание партнера, защитное поведение), проявляемые партнерами во время разговоров. Таким образом, у каждой пары есть свое специфическое соотношение позитивности и негативности, которое позволяет сделать прогноз. Самый благоприятный прогноз, если такое соотношение 5:1, для нестабильных браков оно составляет 1:1. Однако не все негативные реакции одинаково опасны для супружеских отношений: гнев и ярость не являются предикаторами будущего разрыва, в то время как постоянная критика со стороны одного из супругов, самоизолирование мужа от семьи, презрительное отношение супругов друг к другу – с большой вероятностью указывают на будущий разрыв. На основе теории баланса была разработана типология супружеских отношений.

Типология супружеских отношений подразделяет супружеские пары на пять групп в зависимости от их поведения во время разговора, а именно от того как они говорят и как слушают, при этом первые три группы оцениваются как стабильные, а две другие – как нестабильные:

1. ***Импульсивные пары.*** Для них характерна эмоциональная экспрессивность, причем как негативная, так и позитивная. Споры и оживленные беседы занимают в этих отношениях много места, но всегда сопровождаются юмором, интересом и симпатией.

2. ***Самоутверждающиеся пары.*** Они преодолевают свои конфликты в дискуссиях, во время которых поддерживают друг друга и выказывают взаимное уважение, при этом они стараются совместно выработать решение возникшей проблемы, устраивающее обе стороны. Эмоции проявляются при этом довольно умеренно.

3. ***Пары, избегающие конфликтов.*** Они подчеркивают, что объединяющее их начало гораздо весомее, чем разъединяющее. Темы, вызывающие конфликтные состояния, чаще всего игнорируются, не затрагиваются.

4. ***Враждебно настроенные пары.*** Охотно и активно участвуют в конфликтных ситуациях, демонстрируют защитное поведение, в то же время выступая с позицией обвинения. Типичным для таких пар является как бы чтение мыслей и приписывание друг другу несуществующих намерений («Ты всегда…!» «Ты никогда …!» «Ты это делаешь только потому что…!» и т.д.).

5. ***Враждебно отстраненные пары.*** Они эмоционально нейтрально общаются друг с другом, но могут вступать в краткие ожес-

точенные споры из-за тривиальных тем, при этом один партнер атакует, а другой защищается и замыкается в себе.

В этой типологии наибольший интерес вызывают первая и третья группы, они опровергают разделенную многими гипотезу о дисфункциональности брака, согласно которой как бурное выражение конфликтов, эмоций, так и их избегание ухудшают отношения. Секрет же стабильности этих отношений, вероятно, заключается в том, что партнеры позитивно оценивают друг друга и свои отношения, что выражается в благоприятном балансе между позитивным и негативным в конфликте.

Продумывая показания к психотерапии, психотерапевт должен решить, будет ли терапия больше ориентирована на:

- сексуальную сферу;
- вербальную коммуникацию;
- обмен действиями;
- индивидуальные невротические составляющие;
- отношения с родителями и детьми.

(Два последних аспекта учитываются при необходимости).

Одной из серьезных причин распада семейных пар являются сексуальные расстройства. Различают функциональные сексуальные расстройства, расстройства половой идентификации (например, трансвестизм двойной роли) и расстройства сексуального предпочтения (педофелия).

Использовавшиеся ранее термины «импотенция», «фригидность» оказались чересчур общими и дискриминирующими. Чтобы дифференцировать расстройства в сексуальной сфере по DSM – IV различают различные фазы сексуального переживания:

- фаза влечения;
- фаза возбуждения;
- фаза оргазма;
- заключительная фаза.

В фазе влечения могут наблюдаться такие расстройства, как сексуальная аверсия и недостаток или отсутствие желания. По МКБ – 10 дополнительно выделяют повышенное половое влечение.

Во второй фазе, возбуждения, у мужчины и женщины в равной мере может возникнуть ослабление или отсутствие возбуждения, которое проявляется в недостаточном притоке крови к пенису у мужчин и к половым губам и влагалищу у женщин. У женщин в этой фазе происходит выделение влагалищной смазки, которая может быть уменьшена. У мужчин может возникнуть расстройство эрекции.

Во время мужского оргазма различают наполнение и эякуляцию. В то время как под эякуляцией понимают передвижение семенной жидкости по мочеиспускательному каналу наружу, чему

способствует сокращение поперечно-полосатых мышц основания пениса, наполнение представляет собой контракцию внутренних половых органов (семенного мешочка, простаты и семенных проток). Благодаря этому семенная жидкость поступает в заднюю часть мочеиспускательного канала. Эта фаза воспринимается мужчинами как неизбежная эякуляция.

Прежнее разделение женского оргазма на клиторальный и вагинальный сегодня считается ошибочным. Женский оргазм рассматривается как единый рефлекс клинических сокращений определенных групп мышц, который в равной мере может быть вызван раздражением или клитора или слизистой оболочки влагалища. Расстройство оргазма заключается в том, что оргазм или вовсе не наступает или наступает с большим опозданием, и могут иметь место такие расстройства как у мужчин, так и у женщин.

В качестве расстройства мужского оргазма можно назвать предварительную эякуляцию, которая не позволяет получить удовольствие обоим партнерам.

У женщин встречается сексуальные болевые расстройства: вагинизм и диспареуния.

Вагинизм – неправильное сокращение мышц влагалища, препятствующее введению полового члена во влагалище – оно становиться болезненным.

Диспареуния – возникновение во время полового сношения зуда, боли, жжения.

В заключительной фазе в качестве сексуальных расстройств можно назвать неприятные ощущения после половых сношений: боли, изнеможение, депрессивные или агрессивные настроения.

Сексуальные расстройства являются первичными, если индивид еще никогда не испытывал возбуждение или оргазм; они называются вторичными, если нарушения возникают только в определенных ситуациях и отсутствуют долгое время.

При первой встрече с пациентом необходимо, прежде всего, исключить возможность органического расстройства. Органическими причинами сексуального расстройства могут быть:

- неудачная пластика (после родов у женщин);
- сужение крайней плоти (фимоз, у мужчин);
- деформация внешних половых органов;
- оставшаяся девственная плева;
- прием нейролептиков, антидепрессантов и других лекарственных препаратов.

При терапии сексуальных расстройств важно учесть и расстройства семейной сферы.

Расстройства семейной системы

Расстройства в семейной системе могут проявляться в следующем:

1. ***Ступень развития:*** каждая семья в своем развитии проходит несколько этапов, связанных с переходными, кризисными (рождение ребенка, изменения отношения к мужу, болезнь кого-то из членов семьи изменяет установленный порядок) и т.д.

2. ***Структура.*** Внутри семьи существуют свои подсистемы – родители, дети, бабушки, дедушки, дети старшие, дети младшие и др. Нечеткие отношения подсистем могут стать причиной семейных конфликтов.

3. ***Правила имеют функцию поддержания гомеостаза в системе*** (правило подчинения младших детей старшим может способствовать развитию инфантильности, слабоволия, безынициативности младших).

4. ***Последовательность:*** расстройства семейных отношений проявляются помимо прочего, как повторяющиеся характерные формы коммуникации и поведенческой последовательности. (Родители начинают между собой спор, когда сын принес в дневнике двойку и ругает всех учителей).

5. ***Семейная идентичность:*** когда на детей (бессознательно) переносится задача достижения определенных жизненных целей, которых не удалось достичь в свое время родителям, говорят о делигировании полномочий. Такие послания могут носить деструктивный характер и заключаться в переносе на детей критики и проклятий, от которых страдали сами родители.

Наиболее общую классификацию расстройств разработали Олсон, Спренкл и Рассел. Согласно этой классификации, конфликты распределены по двум осям – *сплоченность и адаптируемость.* Существуют семьи, в которых партнеры живут изолированно друг от друга (незначительная сплоченность), с другой стороны, существуют и такие супружеские пары, которые не оставляют друг другу пространства для проявления личного «Я», когда отношения излишне близкие (связанность). Кроме того, адаптированность поведения внутри семьи может быть очень строгой (жесткой) и долгое время правила совместного бытия остаются неизмененными. Бывает и так, что правила как таковые отсутствуют, и совместная жизнь становится хаотичной. Крайние комбинации взаимоотношений: хаотически-изолированные, хаотически-связанные, жестко-связанные и жестко-изолированные являются особенно предрасположенными к возникновению нарушений отношений. Существует и ряд других моделей.

Диагностика.

Существует ряд диагностических способов для диагностики проблемы отношений. Наиболее широко используемыми являются методы наблюдения за взаимодействием, наиболее простыми – опросники, основанные на собственной оценке. Из опросников можно назвать следующие: «Шкалу супружеских соответствий», «Шкалу диадических соответствий», «Опросник коммуникации и партнерских отношений», «Шкалу супружеской удовлетворенности» и др.

В качестве примера приведем «Опросник партнерских отношений», в котором отражены три основных аспекта: «ссоры», «нежность», «коммуникации».

Максимальная сумма баллов может составлять 90, в среднем для обычных пар сумма баллов составляет 65, а для пар, нуждающихся в терапии –40.

№		**Никогда / Очень редко**	**Редко**	**Часто**	**Очень часто**
1.	Он(а) упрекает меня за ошибки, которые я совершил(а) в прошлом	0	1	2	3
2.	Он(а) ласкает меня во время предварительной игры так, что это меня сексуально возбуждает	0	1	2	3
3.	Я вижу, что он(а) находит меня внешне привлекательной (-ным)	0	1	2	3
4.	Он(а) мне говорит, что доволен (-на), когда мы вместе	0	1	2	3
5.	Перед тем, как уснуть, мы обнимаем друг друга	0	1	2	3
6.	Он(а) из-за малейшей мелочи затевает ссору	0	1	2	3
7.	Он(а) доверяет мне свои мысли и чувства	0	1	2	3
8.	Когда мы спорим, он(а) начинает меня оскорблять	0	1	2	3
9.	Он(а) позитивно реагирует на мои сексуальные желания	0	1	2	3
10.	Мы сообща вырабатываем наши планы на будущее	0	1	2	3
11.	Если он(а) рассказывает о своей работе, то хочет услышать и мое мнение об этом	0	1	2	3
12.	Он(а) нежно касается моего тела, и я чувствую, что мне это приятно	0	1	2	3
13.	Мы вместе планируем, как нам провести выходные дни	0	1	2	3

№		Никогда / Очень редко	Редко	Часто	Очень часто
14.	Он(а) делает искренние комплименты моей внешности	0	1	2	3
15.	Он(а) обсуждает со мной свои профессиональные проблемы	0	1	2	3
16.	Он(а) старается учесть мои желания и при удобной возможности удовлетворить их	0	1	2	3
17.	Он(а) отпускает саркастические критические замечания в мой адрес	0	1	2	3
18.	Он(а) отрицательно высказывается о высказанной мною точке зрения	0	1	2	3
19.	Если он(а) неправильно со мной обошелся(-лась), то позже просит у меня прощения	0	1	2	3
20.	По вечерам мы обычно общаемся друг с другом по крайней мере около часа	0	1	2	3
21.	Если мы заспорили, то никак не можем остановиться	0	1	2	3
22.	Он(а) обвиняет меня, если что-то идет неправильно	0	1	2	3
23.	Он(а) берет меня за руку	0	1	2	3
24.	Во время ссоры он(а) начинает на меня кричать	0	1	2	3
25.	Он(а) по вечерам спрашивает меня, что я делал(а) днем	0	1	2	3
26.	Если мы спорим, то он(а) понимает мои слова превратно	0	1	2	3
27.	Он(а) говорит мне о своих сексуальных желаниях	0	1	2	3
28.	Он(а) нежно меня гладит	0	1	2	3
29.	Он(а) ограничивает мою свободу	0	1	2	3

Шкала «поведение во время спора» содержит пункты 1, 6, 8, 17, 18, 21, 22, 24, 26; надежность: 0,68.

Шкала «нежность» содержит пункты: 2, 3, 4, 5, 9, 13, 14, 23, 27, 28; надежность: 0,74.

Шкала общность/коммуникация содержит пункты: 7, 10, 11, 12, 15, 16; надежность: 0,83

Наряду с опросниками для диагностики партнерских отношений часто используется метод систематических наблюдений за поведением.

Существует также большое количество методов, позволяющих диагностировать расстройства семейной системы.

Интервенция.

Супружеская терапия занимает особое положение, и она не должна пониматься ни как индивидуальная терапия, ни как семейная терапия. В этом случае речь идет о поведении индивидов по отношению друг к другу, которые сделали свой выбор в пользу друг друга и на которых при выборе партнера, формировании отношений, конфликтах оказывает свое влияние индивидуальная история развития/научения. Поэтому супружеская терапия имеет как системные аспекты, так и аспекты истории развития, которые, в свою очередь, необходимо системно анализировать с точки зрения родительской семьи. Помимо этого супружеские конфликты в определенной мере затрагивают и детей, и поэтому имеют часто вторичный, семейно-терапевтический аспект.

Показания той или иной терапии зависят, прежде всего, от поставленной психотерапевтом задачи (индивидуальная терапия, супружеская терапия, семейная терапия), реализовываться же поставленные задачи могут, как известно, на основе различных психотерапевтических процессов: энергия (в психоанализе), контакт (в гештальт-терапии), когнитивные процессы (в рационально эмотивной терапии), научения (в поведенческой терапии) или поиск смысла жизни (в логотерапии).

Аспекты семейной привязанности

Считается, что основу семейной привязанности составляют любовные отношения. Различают следующие типы любовных отношений: романтический, эгалитарный, товарищеский, тип отношений между родителями и детьми. Думается, что основным моментом любых отношений между двоими людьми должна быть *аффективная привязанность*. Это эмоции обоих партнеров, которые решающим образом влияют на качество и функции взаимодействия и которые являются продуктом взаимного обучения. Психологи проводят различие между любовью и чувством долга/обязательства. Проводится также различие между любовью-страстью и любовью-дружбой, ряд психологов от «любви» отделяют влюбленность как сильную, но возможную только на короткое время привязанность.

Эмпирические исследования дали возможность выделить пять четко различимых аспектов привязанности: страстное желание, физическое влечение, забота, доверие, толерантность. Соответственно различают три типа любви: страстная, прагматичная, альтруистическая. В качестве сопоставимых аспектов любовных отношений часто называют страсть, чувство долга/обязательства и близость. В этой связи особенно относительно близости интересна еще и теория эмоций. Согласно ей, чувства возникают из-за нарушения хода заучен-

ных действий, и партнеры могут эффективно прерывать ход привычных действий друг друга как в позитивном, так и негативном смысле. Терапия должна поэтому показать партнерам функциональную ценность их поведения по отношению друг к другу и прояснить индивидуальное развитие поведения партнеров.

Аффективное развитие и привязанность

Теория привязанности (Боумби) описывает развитие и дифференциацию эмоций в их социальной функции. Объясняется, как нужно рассматривать аффективную привязанность между взрослыми, исходя из сформированных в детстве отношений.

Основной тезис концепции заключается в том, что близкие отношения возникают ненарушенно и способны развиваться только в том случае, если в начале была установлена доверительная привязанность, а потом осуществлялось поисковое поведение. Если же этого не произошло, то индивид не уверен в своем поведении привязанности. В подобном случае может развиваться так называемая тревожная привязанность, навязчивое стремление к независимости, чрезмерная заботливость и эмоциональная изолированность. Происходит некое негласное соглашение (коллюзия). Партнеры выбирают друг друга потому, что каждый из партнеров что-то дает другому, и что-то от него берет. Но в перспективе такие отношения могут стать конфликтными.

Проводились эмпирические исследования по выбору партнеров по принципу дополнения, и чаще всего результаты были отрицательными. Многие исследования показали, что в начале отношений играют роль, видимо, одинаковые интересы и одинаковое социальное происхождение, а дополняющие друг друга потребности становятся значительными позднее.

Интервенции в системных отношениях

Экзистенциальный уровень

Идентичность – это то, что осознается еще в подростковом возрасте. В кризисных ситуациях индивид может быть не уверен в своей идентичности, даже потерять ее, затем снова приобрести (потеря супруга, устойчивого финансового положения, потеря чувства самоценности из-за успешной карьеры другого и т.д.).

Психотерапевт может помочь установить потерянное чувство самоценности лишь косвенно, ибо выявить то, что утрачено, с помощью коммуникации можно лишь частично. Считается, что здесь может помочь метод провокации. Суть провокации заключается в том, что если симптом иначе интерпретируется и превозносится как мудрое жизненное решение, или несчастье данного вида объявляется катастрофой. В обоих случаях преувеличение служит тому, чтобы

спровоцировать клиента на протест, в результате которого он стал бы чаще сам интерпретировать события и тем самым восстановил бы свою идентичность.

Физиологический уровень

Известно, что аспекты отношений могут отражаться на физиологических параметрах (например, приступы астмы, кожные реакции, мигрени, расстройства желудочно-кишечного тракта могут возникать в связи с расстройством отношений). Здесь можно использовать методы переструктурирования и контроля над стимулами. Степень возбуждения партнеров во время ссоры может контролироваться также с помощью непосредственной биологической обратной связи. Готман (1993) предложил метод физиологического успокоения, по которому пара прекращает дискуссию, если во время спора частота сердцебиения у спорящих превышает 100 ударов в минуту. Во время перерыва партнеры снижают свое возбуждение с помощью успокаивающей деятельности или успокаивающих высказываний, причем предлагается прием, когда партнеры успокаивают друг друга.

Уровень эмоций

Как мы уже писали, привязанность зависит от эмоции.

Психотерапевт старается найти эмоциональные ресурсы, предоставляющие пациенту свободу действий (они могут выражаться и невербально), и повысить их участие в сознании индивида. Он подчеркивает, что эти эмоции не только безопасны, но даже могут быть полезны и что индивид с их помощью может прийти к новым решениям. Можно оживить застывшее взаимодействие партнеров в разговоре, вызывая в них новое релевантное для отношений чувство и не давая им реагировать привычным образом. Психолог при этом использует так называемые процессуальные вопросы. Он не задает вопросы типа: «Почему Вы не можете пойти навстречу своему мужу?», а вместо этого спрашивает об ощущениях, чувствах, мыслях, действиях.

– «Что Вы ощущаете? Почему Вы считаете, что вы блокированы?»
– «Что Вы чувствуете в этот момент?»
– «О чем Вы сейчас думаете?»
– «Какое Вы испытываете желание в этот момент?»
– «Что Вам мешает сделать то-то и то-то?»

Можно предложить использовать такие предложения от первого лица.

В основном же используется поведенческая терапия.

Когнитивный уровень.

В психотерапии подчеркивается влияние рационального мышления и определенных ожиданий на наши чувства, нашу оценку ситуаций и на поиск решений. При этом подчеркивается способность человека разрушать деструктивные чувства и особенности поведе-

ния с помощью рефлексии. Эллис отмечает, что за плохое самочувствие и неврозы зачастую ответственны чрезмерные ожидания и иррациональные мысли. Применительно к близким отношениям следует отметить, прежде всего, следующие ожидания:

– абсолютная любовь со стороны другого;
– абсолютное принятие со стороны другого;
– что поведение другого будет полностью соответствовать ожиданиям;
– что ссора – это нечто из ряда вон выходящее;
– что отношения должны быть вечными;
– что некоторые несоответствия непереносимы;
– ни партнера, ни качество отношений невозможно изменить;
– партнер должен понимать без слов, что от него хочет другой.

Такого вида ожидания называются иррациональными, потому что они не имеют под собой рационального основания и потому что противоречат фактам. Предлагается часто в психотерапии не вообще снять иррациональные убеждения, а несколько их ослабить, но в длительных супружеских отношениях они все же имеют место.

При сравнении супружеских пар часто выясняется, что при нарушенных отношениях прежде всего атрибутируется негативное поведение партнера, а не возникающее столь же часто позитивное поведение. Поэтому во время супружеской терапии часто наблюдается то, что партнеры ставят на первое место неприятные события в поведении друг друга и при этом недооценивают позитивное поведение, приписывая его внешним обстоятельствам, случайностям и т.д. И наоборот, значимость негативного поведения переоценивается, приписывается постоянным характеристикам партнера. Поведение счастливых супружеских пар является таким же с точностью да наоборот. При проведении супружеской терапии необходимо учить проводить переструктурирование.

Десять стратегий переструктурирования для автокомментариев

Обесценивание партнера. «Не волнуйся. Он абсолютно не способен думать систематично».

Отвлечение. «В данный момент есть более важные вещи, чем обсуждать место, где лежит зубная паста» (равнодушно).

Дистанцирование. «Если я через 5 лет подумаю над этим событием, то сочту его малозначащим» (равнодушно).

Повышение толерантности. «Было бы полным абсурдом предположить, что два человека должны соответствовать ожиданиям другого, вплоть до мелочей» (доброжелательность).

Вызов. «Мы часто ссоримся из-за таких мелочей, как эта. Я напрасно пытаюсь ему что-то растолковать. Возможно, мне стоит

попробовать нечто иное. В следующий раз я зубную пасту спрячу» (любопытство).

Повышение чувства собственного достоинства. «Есть множество других случаев, когда он показывает, что любит меня» (внимание).

Позитивная интерпретация. «Косвенно самой показать, что он во мне нуждается» (удовлетворение).

Принятие ответственности на себя. «Уж очень я педантична, а ведь это не просто сделать все так, чтобы мне понравилось» (снисходительность).

Перспектива другого. «Ему зачастую бывает трудно мне угодить, вероятно, это приводит его в замешательство» (понимание).

С позиции помощи. «Он, вероятно, хотел бы избежать этого спора, но не может прыгнуть выше своей головы. Скорее всего, мне стоит немного пойти ему навстречу» (поддержка).

Уровень действий

Как правило, друг друга притягивают такие партнеры, которые могут обеспечить друг друга подкрепляющими стимулами, и перспектива получать такое подкрепление влияет на решение вступать в длительные отношения.

Известны четыре процесса, которые вносят свой вклад в возникновение и развитие расстройств отношений.

Во-первых, это утрата привлекательности из-за постоянного повторения. И если количество подкрепляющих стимулов ограничено, возникает перспектива неудовлетворенных отношений.

Во-вторых, между партнерами, как бы они ни подходили друг другу, развиваются определенные противоречия, которые могли не появляться в фазе влюбленности, при ежедневных контактах они приобретают опасную взрывную силу.

В-третьих, существуют и такие противоречия, которые проявляются только с опытом совместной жизни.

В-четвертых, противоречия могут возникнуть в результате индивидуальной истории развития одного из них (муж стал слишком много времени уделять карьере, а не семье, детям).

В результате каждого из процессов один из партнеров теряет определенное количество подкрепления, которое воспринимается как наказание. В ситуациях несогласия партнеры начинают принуждать друг друга к определенным условиям. Если один из партнеров уступает, то это действует как подкрепление на каждого, но на одного как подкрепление негативное, на другого – как подкрепление позитивное. Но такое состояние, конечно же, будет временным, ибо уступивший партнер вряд ли захочет остаться в той роли, в которой оказался, т.е. уступившего. И тогда в ход вступают все методы, спо-

собы задеть слабые места другого. Доминирование партнеров ярко проявляет себя в коммуникации.

Чтобы изменить нарушенные отношения, поведенческая супружеская терапия использует в основном две стратегии:

- обмен обоюдно подкрепляющими способами поведения;
- коммуникативный тренинг и тренинг решения проблем.

В первом случае психотерапевт стремится как можно быстрее эмоционально разгрузить супружескую пару, увеличивая частоту позитивного подкрепляющего поведения и снижая частоту негативно подкрепляющего поведения. Предлагается действовать в три этапа:

1. Перечень желаний: сначала каждый сосредотачивается на том, в чем нуждается партнер, чтобы лучше себя чувствовать в супружеских отношениях, и что он может для этого сделать. Благодаря тому клиент выходит из роли «истца» и принимает роль того, кто располагает умениями для оказания положительного влияния на отношения.

2. Реализация: на втором этапе речь идет о том, чтобы реализовать перечень желаний в конкретных ситуациях. Одновременно партнеры могут прямо высказывать свои пожелания. Однако в каждом конкретном случае тому, кто выполняет желание, необходимо предоставить возможность самому решить, какие желания и когда он будет выполнять. Эта свобода выбора благоприятно влияет на согласие и повышает вероятность того, что продемонстрированное поведение будет позитивно воспринято другим (адресатом).

3. Подкрепление: партнеры очень быстро отказываются от усилий сделать другому что-то хорошее, если не встречают никакой позитивной реакции реципиента. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы доброжелательные действия оценивались по достоинству и тем самым подкреплялись постоянно. Задания, даваемые психотерапевтом, супруги выполняют сразу или дома в промежутках между сеансами.

Например:

Домашние задания, ориентированные на действия

- Наблюдение за приятным поведением партнера.
- Желание побаловать партнера (один раз в неделю, запланировано).
- Разрешение конфликтных ситуаций совместными усилиями (согласно схеме направленного диалога).
- Активизация общих ресурсов (досуг, спорт, культурные мероприятия).
- Поэтапный тренинг нежности: с целью дифференциации сексуальности.

Выполнение заданий обсуждается с психотерапевтом.

В качестве второй компоненты супружеская терапия содержит коммуникативный тренинг и тренинг решения проблемы, ориентированный на процесс. При этом тренинге основополагающих умений из-

менения происходят не так быстро, но он обладает высокой профилактической ценностью. Чтобы развить у супругов способность конструктивного решения проблем и конфликтов, разработано и апробировано достаточно много программ развития коммуникативных навыков.

Считается полезным метод активного слушания, при котором собеседники учатся меняться ролями и слушать друг друга, чтобы после занять позиции говорящего или слушающего. Слушание предполагает обобщенное изложение того, что было сказано собеседником. Благодаря этому говорящий имеет возможность проверить, действительно ли дошло до собеседника то, что он хотел выразить.

Формально это может быть представлено следующей последовательностью:

1. Партнер А – сообщение.
2. Партнер Б – обобщение.
3. Партнер А – коррекция (по необходимости).
4. Партнер Б – сообщение (например, по поводу сообщения 1).
5. Партнер А – обобщение.
6. Партнер Б – коррекция (по необходимости).

Как показывает опыт, ссоры часто происходят от того, что говорящий чувствует себя неправильно понятым и приводит новые и все более веские аргументы.

Второй коммуникативный навык касается выражения критики без взаимных обвинений.

Активное слушание и критика, не содержащая обвинений, как и высказывание конкретных желаний вместо общих требований, могут быть объединены в направленном диалоге, нацеленном на решение конфликтов. Этот диалог подразделяется на семь фаз:

1. Представление проблемы по схеме активного слушания и критике без обвинений.
2. Представление желаний по схеме активного слушания.
3. Поиск возможных решений (мозговой штурм).
4. Конкретизация (места, обстановки, времени).
5. Достижение договоренностей относительно взаимных действий и желаний – возможно, с помощью контрактов.
6. Поощрение (взаимное или независимое друг от друга; может отсутствовать).
7. Проверка договоренностей (возможно, их пересмотр).

Психотерапевт структурирует диалог и следит за тем, чтобы никто из обоих партнеров не предъявлял завышенных требований, чтобы оба собеседника высказывали свои чувства, договоры были перспективными и чтобы обсуждаемые предметы оставались релевантными для данной пары. Существует ряд приемов, способных помочь устранить возможные трудности при проведении такого диалога.

Терапевтические приемы во время ведения направленного диалога

А. Прямые рекомендации поведения.

Следование правилам. Активное слушание (критика без обвинений). Подведение итогов: обоим партнерам предлагается оценить, насколько далеко в данный момент зашла их дискуссия. Поддерживающие мероприятия: невербальная сигнализация одному из партнеров о поддержке, например, изменение позы; вербальная – проявление сочувствия или критика. Двойное формирование (суггестия). Предложения, подчеркивающие выражение эмоций. Спросить одного из партнеров, не нуждается ли он в какой-либо помощи партнера, чтобы выполнить определенные требования.

Б. Дистанцирование.

Изменение роли: один из партнеров должен изобразить, как должен вести себя другой.

Триангуляция: при угрозе эскалации возбуждения разговор ведется через психотерапевта.

Пауза, прерывание. Стулья, на которых сидят спорящие, переставляются, и тем самым зрительный контакт прерывается, так что партнеры могут общаться только вербально. Психотерапевт предлагает описать или изобразить в виде оценки, как воспринимают в данный момент отношения тот и другой.

В. Парадоксальные приемы.

Сеанс прерывается, и пациентам предлагается вернуться к предыдущему упражнению («Слишком быстро выполнили»).

Катастрофизация проблемы, для того чтобы участники перестали рассматривать ее в чересчур драматичном свете.

Самообесценивание психотерапевта: веселое признание в том, что он перенапрягся.

Фантазирование о расставании, в результате которого партнеры приходят к мысли, что расставаться было ни к чему.

Кроме обмена обоюдно подкрепляющими способами поведения, коммуникативного тренинга, тренинга решения проблемы возможно интегрировать в терапию третий компонент, который обозначен как принятие. Этот новый подход направлен на то, чтобы принять такие конфликты, с которыми не удается совладать даже с помощью терапевтической поддержки. Принятие происходит, когда жалующийся партнер перестает желать изменить другого. Чтобы способствовать этому процессу, авторы разработали четыре стратегии:

1. Формирование эмпатического стиля ведения дискуссии, обращение с проблемой как с общим другом, от которого страдают

оба партнера. Если это дается, то партнеры могут обсудить свои трудности без взаимных обвинений и по принципу «разделенное горе – уже половина горя» ближе сойтись в обсуждении проблемы и эмпатически объединиться для ее решения. Причина, вызвавшая конфликт и стоящая изначально между партнерами, становится источником новой близости.

2. Внутреннее дистанцирование от проблемы, например, благодаря юмору или за счет объективного анализа типичного развития проблемной ситуации. Пара учится воспринимать деструктивные взаимодействия до определенной степени с позиции наблюдателя и оставаться эмоционально сдержанными в тяжелых ситуациях, благодаря чему конфликт еще больше смягчается.

3. Повышение толерантности к негативному поведению партнера. Это может произойти, если психотерапевт укажет на позитивные стороны проблемы или если будет изменен контекст, в котором обычно возникает негативное поведение. Чтобы этого достичь, психотерапевт может попросить супругов «разыграть» проблемное поведение и реакцию на него в нейтральной ситуации, что, как правило, обесценивает значение негативного поведения.

4. Получение большой независимости за счет того, что партнеры учатся лучше заботиться сами о себе. Если индивид может удовлетворить свои потребности независимо от партнера, он чувствует себя в меньшей степени зависимым от него и поэтому может легче принять недостатки партнера.

В этом подходе интересен парадокс изменения, так как хотя стратегии и направлены на то, чтобы партнер был принят таким, каков он есть, в большинстве случаев благодаря тому, что отказываются от желания изменить партнера, возникает готовность к позитивному изменению. Кроме того, принятие предполагает изменение на когнитивном уровне: индивид принимает то, что нельзя изменить, меняя свой образ мыслей и по-другому оценивая проблему.

Описанные методы могут использоваться и при индивидуальной терапии, и при терапии супругов, а также для улучшения отношений детей и родителей.

Уровень сексуальных отношений

Сексуальное поведение является естественной функцией человека и управляется в основном рефлекторными реакциями организма.

Сексуальная реакция мужчины

Фаза	Экстрагенитальная	Пенис	Яички и мошонка
Возбуждение	Набухание сосков (у 60% мужчин). Прилив крови к некоторым частям тела. Непроизвольные мышечные сокращения. Непроизвольные сокращения сфинктера прямой кишки.	Эрекция полового члена (происходит расширение сосудов). Удлинение мочеиспускательного канала.	Локализованное расширение сосудов. Сокращение волокон гладких мышц. Утолщение стенок мошонки. Поднятие яичек.
Нарастание возбуждения	Набухание сосков. Продолжающийся прилив крови к некоторым частям тела (у 25% мужчин). Непроизвольные мышечные сокращения. Непроизвольные сокращения сфинктера прямой кишки. Гипервентиляция легких. Увеличение частоты сердечных сокращений. Повышение кровяного давления.	Благодаря расширению сосудов происходит увеличение пениса в диаметре. Расширение мочеиспускательного канала.	Все, как и во время предыдущей фазы: кроме того, яички еще больше поднимаются и увеличиваются в размере.
Оргазм	Продолжается набухание сосков. Продолжается прилив крови к некоторым частям тела. Непроизвольные сокращения сфинктера прямой кишки. Увеличение частоты сердечных сокращений. Повышение кровяного давления.	Эякуляция (обеспечивается за счет ритмичных мышечных сокращений). Выброс семенной жидкости, осуществляемый посредством непроизвольных мышечных сокращений. Ритмические сокращения уретры.	Все, как и во время предыдущей фазы.
Расслабление	Постепенно набухание сосков ослабляется. Быстрое прекращение прилива крови к различным частям тела. Реакция потоотделения.	Пенис возвращается к своему нормальному состоянию (две стадии): сначала быстро прекращается расширение сосудов, а затем этот переход становится более плавным.	Либо быстрый, либо отсроченный возврат к обычному состоянию.

Сексуальная реакция женщины

Фаза	Экстрагенитальная	Клиторная	Вагинальная
Возбуждение	Набухание сосков. Увеличение грудных желез. Прилив крови к различным органам (к соскам). Непроизвольные мышечные сокращения. Сокращения сфинктера прямой кишки.	Увеличение размера клитора (возможны индивидуальные различия)	Выделение смазки. Увеличение и растяжение влагалища. Сокращение шейки матки и самой матки.
Нарастание возбуждения	Продолжается набухание сосков. Увеличение грудных желез. Кровь может начать приливать к низу живота, бедрам, ягодицам. Непроизвольные мышечные сокращения (рук и ног). Гипервентиляция легких. Увеличение частоты сердечных сокращений. Повышение кровяного давления.	Происходит сокращение клитора, он меняет свое нормальное положение.	Отмечаются сокращения стенок влагалища вблизи влагалищного отверстия.
Оргазм	Продолжается набухание сосков. Продолжается увеличение грудных желез. Резко прекращается прилив крови к различным частям тела. Непроизвольные мышечные сокращения. Продолжается гипервентиляция легких. Увеличение частоты сердечных сокращений достигает своего пика. Повешение кровяного давления также достигает своего пика.	Клитор остается в сокращенном состоянии.	Ритмические сокращения, происходящие около влагалищного отверстия (сокращение стенок влагалища).
Расслабление	Все перечисленные проявления начинают постепенно исчезать; также возникает реакция потоотделения.	Клитор возвращается к нормальному положению.	Быстрое прекращение влагалищных сокращений. Расслабление влагалища.

Однако естественная функция может быть нарушена в результате различного рода причин. Главная задача психолога при лечении сексуальных нарушений в том, чтобы распознать и устранить блокировки, мешающие нормальному развитию сексуального поведения.

На индивидуальном уровне это может проявляться в страхе оказаться несостоятельными в сексуальном плане, в чувстве вины, особенностях ценностных представлений, в чрезмерности ожиданий и т.д. На уровне супружеских отношений это часто выглядит как взаимные обвинения, или затаенное молчание на основе недостаточного общения или отсутствия знаний о сексуальных особенностях противоположного пола.

Лечение сексуальных расстройств можно проводить как индивидуально, так и парами. Это объясняется тем, что в интимных отношениях не существует непричастных партнеров: оба партнера ответственны за состояние сексуальных отношений.

Основной техникой терапии сексуальных расстройств является техника концентрации на чувствах и ощущениях, которая определяется характером сексуального расстройства. В начале лечения супружеской паре рекомендуется избегать прямых сексуальных контактов и генитальных прикосновений. Затем рекомендуются (сняв страх перед своей несостоятельностью) поэтапные тренировки, которые они проводят между сеансами. Это делается для того, чтобы расширить спектр предварительных ласк и снять фиксацию на оргазм. Для некоторых, более глубоких расстройств, применяются специфические техники.

Нарушение эрекции. В первую очередь здесь необходимо уменьшить «давление обязательного успеха», обучив партнеров сексуальным играм, не ориентированным на достижение какой-либо цели. При этом целесообразны вышеназванные упражнения. Дополнительно можно дать инструкцию партнерше о мастурбации с целью неоднократного возникновения и прекращения эрекции. Так как мужчина находится в пассивной роли, то он может изменить свой взгляд на этот процесс как на естественный и функционирующий без его непосредственного участия.

Преждевременная эякуляция. При лечении преждевременного извержения семени техника заключается в том, что женщина почти до самой эякуляции руками стимулирует пенис партнера и затем тотчас прекращает стимуляцию. Этот цикл возбуждения-прекращения повторяется многократно и после продолжительной задержки заканчивается эякуляцией. Это упражнение можно распространить и на половые сношения, когда мужчина находится снизу, а женщина, сидя на нем, управляет стимуляцией коитуса.

В качестве другого метода контроля над эякуляцией можно использовать и «технику зажима». Во время стимуляции коитуса женщина через определенные промежутки времени надавливает руками на основание (корень) пениса или под его головкой, чтобы предотвратить эякуляцию.

Расстройства оргазма, и именно его задержка или отсутствие у женщин наблюдается чаще, чем у мужчин. В этой связи говорим о преоргазмичных женщинах, так как 93% участниц тренинга впоследствии приобртают способность испытывать оргазм. Пятинедельный курс лечения представляет собой комбинацию групповых дискуссий, получение физиологической информации о женской анатомии и сексуальности, домашние задания и занятия по индивидуальной программе. В состав домашних заданий входят исследования собственного тела, основательное знание его особенностей, тренинг мышц таза, развитие сексуальных фантазий и поэтапная мастурбация. Если позднее привлекается и партнер, то это облегчает переход к половым сношениям, при этом стимуляция руками мужчины или женщины сохранится в качестве «моста».

Вагинизм: предотвращение рефлекторного напряжения влагалищных мышц (перед введением пениса) начинается с тренинга напряжения и расслабления этой области. В дальнейшем женщине рекомендуется воспользоваться набором расширителей с увеличивающимися размерами. Расширители осторожно вводятся с применением смазочных средств и используются при ежедневных занятиях. Для перехода к половым сношениям важно, чтобы жена сначала сама вводила пенис мужа во влагалище, чтобы почувствовать, как она сама управляет половым актом.

Супружеские отношения

Здесь в центре внимания находится не столько индивид, сколько отношения партнеров.

Существует позиция, что на уровне системы супружеских отношений есть регулирующие факторы, которые хотя и находятся в согласии с особенностями индивидов, но не полностью определяются ими.

Типы супружеских отношений могут выражаться по-разному: между партнерами может возникать привязанность типа родитель-ребенок с договором о неагрессивном и заботливом обращении друг с другом, а также с ожиданиями, что они будут жить только друг для друга и никогда один другого не покинет. В качестве интервенции в этом случае рекомендуются мероприятия, позволяющие осознать эти ожидания и заключить новое соглашение. Для этого можно предложить кратковременный тренинг для укрепления доверенности, что и впредь отношения будут надежными, даже при приобретении опыта расставания.

Различают пять типов привязанности в зависимости от ожиданий партнеров относительного друг друга:

- романтическая привязанность (близость, контроль и традиционное распределение половых ролей);
- привязанность по типу родитель-ребенок (один принимает прогрессивную роль родителя, а другой регрессивную роль (ребенка);
- эгалитарная привязанность (с точки зрения равенства прав и свобод обоих партнеров);
- товарищеская привязанность (минимум страсти, но в достаточной степени близости и доверия);
- прагматическая привязанность (при выборе партнера исходят из практических и экономических причин).

Ожидания супружеской пары, которые необходимо пересмотреть, касаются таких тем, как вероятность, вечное счастье, нерасторжимая связь, партнер как объект воспитания и внушения, брак как надежный очаг, семья как клан и т.п.

Уровень семьи

Во-первых, надо учесть, что нет единой семейной терапии. Поведенческая супружеская терапия успешна при нарушениях супружеских отношений средней тяжести, при этом решающей компонентой является улучшение коммуникации. Оперантные методы считаются противопоказанными при тяжелых расстройствах, но особенно успешны при терапии агрессии между родителями и детьми.

В целом же, чтобы найти решения для сложной системы нарушенных семейных отношений необходимо изменить такие параметры, как интимность, дистанцирование и контроль, ригидность, хаотичность, которые могут быть связаны друг с другом. Следовательно, интервенция должна быть нацелена на изменение этих параметров в семье.

В этом случае кибернетика предлагает систему автоматического регулирования, служащую для поддержания определенного должного состояния (гомеостаз). Это обеспечивается за счет негативной обратной связи. Если, например, какой-либо член семьи утратил оптимальную дистанцию из-за слишком тесного для него взаимодействия с ней, то он будет часто раздражаться и попытается восстановить дистанцию, вызвав ссору. Или партнер, не обладающий возможностями формального контроля (социальным влиянием, материальными ресурсами), развивает физический симптом и тем самым добивается бережного к себе отношения и приобретает влияние на определенные семейные мероприятия. В сфере межличностных семейных отношений существует и вторая, противоположная тенденция роста и дифференциации организмов. В этом случае не-

избежны кризисы, которые возникают тогда, когда рост или дифференциация происходят под влиянием определенных обстоятельств, а система гомеостаза придерживается старой модели регулирования.

Морфогенез. Наряду с негативной обратной связью существует в семейной терапии и позитивная обратная связь, когда взаимные нападки становятся значительно грубее и могут привести к применению физической силы. Возможная же эротическая стимуляция, наоборот, является положительным примером позитивной обратной связи. Позитивная обратная связь может быть использована и в терапевтических целях для придания новой формы взаимодействия.

Системная терапия направлена на то, чтобы подвигнуть семью от устаревших или плохо функционирующих правил на адаптацию к измененным условиям. Регулирование в этом случае затрагивает информационный поток в семье, проводимое вместе время, уровень правдивости отдельных членов семьи, степень их открытости, доверия, толерантности, распределение ответственности и ресурсов, а также многое другое. Эти коммуникативные и поведенческие аспекты находят свое место в терапии семейных структур.

III. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

3.1. КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, называется кризисной психотерапией.

Практика кризисной психотерапии базируется на теории кризиса Линдеманна и концепции стадии жизненного цикла и кризиса идентификации Эриксона. Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией), либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком. Психотерапевтическая помощь показана людям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». В настоящее время круг состояний, относящихся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним в первую очередь относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической, реакцией невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией. В 60-е годы группа кризисных состояний пополнилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состояниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни.

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющих терапевтическую тактику кризисной психотерапии, являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадаптация), была разработана Амбрумовой. В соответствии с ее концепцией причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обостре-

ния нервно-психического или психосоматического заболевания, является его хронизация. Хронизация кризиса характерна для людей с незрелым мировоззрением (инфантильным – «мир прекрасен» или подростковым – «мир ужасен»), однонаправленностью, негармоничностью социальных, семейных и профессиональных установок. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Такие установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Именно такие люди нуждаются в психотерапевтической помощи в период переживания кризиса, который воспринимается ими не как трудный и ответственный период в жизни, а как «тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной». Учитывая большое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего нормально, применяется термин «суицидальный кризис» или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий. Содержанием аффективного компонента служат в частности переживания эмоциональной изоляции и безвыходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или возможности.

Поведенческий компонент кроме собственно суицидального поведения включает также и поведенческую, часто высокую, активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использование неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

Основные контингенты обращающихся за кризисной психотерапевтической помощью – это практически здоровые люди (в том числе с акцентуацией характера) и больные с пограничными состояниями. Большинство из них ранее не посещали психиатра, впервые обращаются за психотерапевтической помощью и не имеют опыта такого лечения, отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожи-

даниями в отношении него. Большинство пациентов составляют женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супружескими или сексуальными конфликтами; часть пациенток переживают необратимую утрату значимого другого — объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей). Особое внимание обращают на себя наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами.

При работе с суицидальными кризисными пациентами учитывается уровень мотивации на участие в психотерапии: 1) конструктивный – с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации; 2) симптоматический – с установкой лишь на ликвидацию симптомов; 3) манипулятивный – с попыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта; 4) демобилизирующий – с отказом от психотерапии.

3.2. ПРИНЦИПЫ И ЗАДАЧИ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Кризисная психотерапия имеет принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к которым относятся:

1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и во-вторых, – с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке, и на первых порах – в руководстве его поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;

3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности. По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой психотерапии и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы кризисной психотерапии применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризи-

са, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации.

Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы кризисной психотерапии могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка – кризисное вмешательство – повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция терапевтического контракта с постановкой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной терапевтической программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени), для пациента, впервые обратившегося за кризисной психотерапией на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризисной психотерапии:

I. Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение терапевтического контракта.

II. Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

III. Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоления.
3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

В настоящее время кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

Применяются различные методы и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблюдением указанных выше этапов.

3.3. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Особенностями индивидуальной кризисной психотерапии является использование специальных технических приемов.

Так, на этапе кризисной поддержки при установлении терапевтического контакта применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном применении значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Можно считать, что кризисная терапия невозможна без этого приема и мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» пациента и создать условия для проговаривания им травмирующих переживаний. На этом этапе психотерапевт может отступить от принятого в психотерапии правила продолжительности одной встречи с пациентом в 50 мин, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться несколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарсическому отреагированию пациента. Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе работы исключается конфронтация и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической вербализации и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно же выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4–5 встреч.

Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной эмоциональной поддержки пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопротивление пациента игнорируется.

Этап кризисной поддержки завершается заключением терапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии — локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем.

На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Примерами психотерапии кризисных состояний являются аксиопсихотерапия (метод, направленный на переоценку ценностей, переориентацию больного, адаптацию его к реальности) и профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия.

Аксиопсихотерапия ставит перед собой следующие задачи:

1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни;
2) личностный рост пациента, повышающий кризисную и фрустрационную толерантность;
3) коррекция аксиопсихологической парадигмы путем использования приемов переориентации — знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш) также может быть отнесена к эмоционально-когнитивным методам. Она базируется на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включенности) психотерапевта и симптомо-центрированного контроля, использует парадоксально-шоковые приемы («все гораздо хуже», «уход в другую жизнь», «предсмертный договор с психотерапевтом» и др.), анализ причин кризиса, поиск «забытых в прошлом» потребностей и интересов пациента и путей их актуализации в ситуации блокирования «единственной цели в жизни». Цель терапии — преодоление сверхценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Семейная кризисная психотерапия показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранения суицидоопасных тенденций путем быстрейшего разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимость их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитие кризиса у других членов семьи. Кризисная семейная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии, с включением в психотерапию этапов и задач кризисной психотерапии.

3.4. ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Групповая кризисная психотерапия является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обусловливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас».

Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации;

3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психотерапевта включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы. Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 ч. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4–6 нед., курс групповой кризисной психотерапии равен в среднем 1 мес. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе групповой динамики и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения–напряжения в группах кризисной психотерапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний.

Группа является открытой, то есть еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один–два пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все три элемента кризисной психотерапии.

3.5. ТЕЛЕФОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Телефонная помощь для людей в кризисе или решивших расстаться с жизнью возникла более 40 лет назад. Местом ее рождения стал Лондон, а зачинателем и впоследствии руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара. В 1953 г. он прочел, что в большом Лондоне происходит три самоубийства в день. Это поразило его и у него возникли вопросы: «Что же предпринять, если эти люди не захотели обратиться ни к врачу, ни социальному работнику? Но к кому они могли бы обратиться? Может, некоторые из них выбрали бы меня? Если спасать жизни так просто, почему бы мне не делать это все время? Но как же связаться им со мной в минуту кризиса?».

Обстоятельства благоприятствовали решению этих вопросов, как раз в это время Чад Вара получил приход в самом центре Лондона, в Сити, и поделился со своей паствой идеей — дать объявления в газетах о своем номере телефона в церкви, с тем, чтобы каждый человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток, так же как звонят при пожаре, в полицию или скорую помощь. Вскоре он осознал, что самому ему с этим делом не справиться, и стал искать помощников. Так появились «Самаритяне» — служба, стремившаяся оказывать дружескую помощь по телефону и в очном контакте.

Идея Чада Вары оказалась столь привлекательной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц или крупных городах. Сеть служб телефонной помощи постоянно множилась и развивалась и для взаимной поддержки в Женеве в 1959 г. был создан международный центр информации для этих организаций, а в 1960 г. была образована Международная федерация служб телефонной экстренной помощи (IFOTES), которая более 30 лет координирует и поддерживает работу служб неотложной телефонной помощи в более 20 странах мира. Вскоре «Самаритяне» стали распространять свой опыт за пределы Англии и превратились в самостоятельную интернациональную организацию «Бифрендерс Интернешнл».

Основными принципами работы телефонного консультанта являются анонимность и конфиденциальность. В случае обращения в службу «Телефон доверия» от абонента не требуется называть себя или сообщать о месте своего нахождения. Это дает ему возможность почувствовать себя свободным в изложении личных проблем и сложных ситуаций, которые в силу анонимности оказываются как бы отделенными от него. У некоторых абонентов это отношение формируется постепенно в ходе диалога. Иные же используют анонимность, обсуждая ситуации, которые якобы случились с их близкими и знакомыми, но на самом деле имеющих отношение непосредственно к ним.

В свою очередь, телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы. Для облегчения работы сотрудник, как правило, выбирает себе псевдоним. В обоюдных интересах не следует предоставлять данных относительно расположения службы или места своего жительства. Не нужно снабжать их сведениями о времени работы другого сотрудника «Телефона доверия», что может повлечь за собой «зависание» абонента на конкретном консультанте. Принимая во внимание неблагоприятные психологические последствия, эта рекомендация должна быть отнесена к числу обязательных. Кон-

сультантам категорически воспрещается выходить с позвонившими на очный контакт или строить беседу так, чтобы у абонента возникла надежда на вероятность такой встречи. Это обстоятельство взято на вооружение подавляющим большинством служб телефонного консультирования зарубежных стран. И службы, входящие в IFOTES, и относящиеся к «Лайф Лайн Интернешнл», следуют этому принципу в своей работе, не создавая условий для встречи желающим очного консультирования. И только «Самаритяне», причем это является одним из основных принципов их работы, используют очные контакты своих работников с абонентами, да и то с согласия руководителей служб. Время доказало его допустимость, эффективность и жизнеспособность. Но это же можно сказать о подходе, который разделяет анонимное телефонное консультирование и очную помощь.

Помещение службы «Телефон доверия» должно быть открыто только для дежурных сотрудников. О его расположении не следует сообщать не только абонентам, но и родственникам и друзьям других сотрудников. Во время дежурства в комнате консультантов должны находиться только дежурные работники. Последняя рекомендация также носит принципиальный характер. Конфиденциальность работы службы заключается в том, что все без исключения телефонные разговоры, журналы или иные формы регистрации телефонных бесед, картотеки и информационные материалы доступны только для сотрудников службы. Этой информацией не следует делиться ни с кем вне ее стен, включая родственников, друзей или знакомых. Обсуждение телефонного разговора возможно только между дежурными сотрудниками или супервизором при возникновении необходимости в оказании взаимопомощи, а также во время обучающих занятий, используя лишь фабулу соответствующей беседы. Следует воздерживаться не только от предоставления информации, помогающей абоненту позвонить другому сотруднику службы, но и от сообщений о графике своей собственной работы. Из этого правила могут быть лишь очень редкие исключения, согласованные с супервизором или руководителем службы.

Анонимность и конфиденциальность являются не только организационными, но и основными этическими правилами телефонной помощи. И если в разных странах организационные подходы в оказании телефонной помощи могут различаться, то этические правила остаются весьма сходными, также как и привлечение к работе в службе телефонного консультирования добровольцев (волонтеров).

В современном мире, являющемся источником стрессов и эмоциональной напряженности, вызывающими кризисные состояния и суицидальные тенденции, службы телефонного консультирования являются одной из важных форм психологической поддержки.

Принципы анонимного телефонного консультирования:

1) Постоянная доступность.

Днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека.

2) Анонимность и конфиденциальность.

Звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолютно конфиденциально.

3) Уважение звонящего.

Звонящий принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать звонящим или навязывать свою позицию.

Любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе религиозного или политического.

4) Защита звонящего.

Консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку.

Консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения.

Кабинеты социально-психологической помощи. В нашей стране эта форма помощи предложена суицидологической службой Амбрумовой и аналогична западным центрам.

Первый кабинет социально-психологической помощи был открыт в Москве в 1975 г.; в дальнейшем кабинеты создавались на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов вузов. Основная задача кабинетов социально-психологической помощи – первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Основные принципы работы кабинета социально-психологической помощи:

1. Системность – связь с отделами внутренних дел, администрацией предприятий и учебных заведений, муниципальными органами, преемственность в обслуживании пациентов кабинетов социально-психологической помощи и станций и отделений «скорой помощи», психиатрических стационаров, суицидологических кабинетов психоневрологических диспансеров, а также других подразделений суицидологической службы – кризисного стационара и телефона доверия.
2. Комплексность – интеграция психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов и юристов. Центральная фигура кабинета социально-психологической помощи – врач-суицидолог, занимающийся диагностикой суицидального риска и антисуицидальных факторов, психотерапией и психогигиенической работой с лицами, окружающими пациента, и группами риска. Медицинская сестра выполняет функции социального работника и патронажной сестры. Медицинский психолог занимается диагностикой, позволяющей уточнять индивидуальные психотерапевтические программы, и уча-

ствует в их реализации. Консультант-социолог решает вопросы индивидуальной культурной и социальной (региональной) эпидемиологической диагностики, ведет разработку превентивных антисуицидальных программ. Юрист обеспечивает консультации и правовую защиту пациентов.

3. Превентивность – раннее выявление суицидального риска и профилактика суицидального поведения, активная психогигиеническая работа.

4. Анонимность – право пациента на анонимное обращение. Ведущие психотерапевтические методы: индивидуальная и семейная кризисная психотерапия, групповая психотерапия с частотой встреч 2–3 раза в неделю на протяжении 2–3 мес.

Отделения (стационарные) кризисных состояний. Предназначены для оказания кризисной помощи пациентам, в клиническом состоянии которых выражены актуальные суицидальные тенденции. Они создаются в районах обслуживания свыше 300 тыс. человек. При обслуживании на территории меньшего населения предусмотрено создание специализированных палат кризисных состояний в психотерапевтических (психосоматических) или других отделениях многопрофильных больниц. Важным аспектом работы таких отделений является добровольность госпитализации, для которой не обязательно направление какого-либо врача или учреждения. Отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием различных режимов, в том числе неполной госпитализации.

IV. ПСИХОСОМАТИКА

Психосоматика (от psycho + греч. soma – тело) в широком смысле – подход к объяснению соматических заболеваний, при котором большое внимание уделяется роли психических факторов. В узком – лечение на основе психоанализа.

Психосоматика в узком смысле – это специфическое научное и лечебное направление, которое устанавливает связи между душевными переживаниями и реакциями организма.

Какие конфликты и события приводят к каким заболеваниям?

Прежде всего это известные стрессовые болезни: язва желудка, двенадцатиперстной кишки, функциональные сердечные расстройства, головные боли, колиты, ревматические заболевания, астма.

При этом выделяют две группы расстройств:

Функциональные расстройства. Нарушение происходит на уровне: а) нейровегетативных расстройств; б) гормональной регуляции отдельных систем и органов.

Известны пословицы: «Злость бьет по желудку», у него «разлилась желчь», «от этого тошнит», «волосы встали дыбом от ужаса».

Органические нарушения. В известной мере гнев просто выдается в орган, что приводит к его патологическим изменениям: кожная сыпь; вегетативные перенапряжения могут и часто вызывают органику.

Именно здесь начинается работа психолога: выявление фактора, снижение его действия.

Психосоматика в широком смысле слова имеет дело со структурой обстоятельств, в которой развиваются психосоматические расстройства. Сюда же относятся и отношения врача и больного:

1. Психосоматические симптомы как проявление конфликтного переживания (паралич рук, ног, слепота – на бессознательном уровне).
2. Психосоматические симптомы как индикаторы конфликтного или недостаточного переживания:
   а) функциональные синдромы, или психовегетативные расстройства – вегетативная дистония (60% больных страдают этим расстройством).
3. Психосоматические симптомы как часть соматических заболеваний.

Психосоматика во всеобъемлющем смысле слова ориентируется на социокультурную сферу; сферу индивидуума, науки, культуры, политики, экономики, религии и мировоззрения.

Можно обоснованно сказать, что многие ученые открыто проявляют свое отношение и к религии.

Психосоматические отношения

Изучение связей между психическими процессами как функциями нервной системы и состоянием организма, имеют для теории и практики клинической психологии решающее значение.

Но до сих пор вопрос основательно не изучен. Это объясняется большой сложностью, изменчивостью и трудным пониманием процессов, происходящих в этой области, а также методической сложностью их исследования.

Психосоматические отношения в пределах нормы давно известны и доступны каждому по собственному опыту и опыту окружающих. Мы можем различить два направления этих отношений.

А) Психосоматический процесс (P → S). Его исходным пунктом является определенное психическое состояние или смена состояний, которые вызывают физиологическую реакцию организма. Наиболее выраженной эта реакция бывает при эмоциональных отношениях и аффектах, например, при радости, гневе, страхе. Некоторые авторы в этой связи говорят о «речи органов».

В обычной разговорной речи это воспринимается в выражениях «это хватает за сердце», «это разрывает сердце», «упал камень с сердца», «сжалось сердце», «что у тебя на сердце», «доброе сердце», «сердечность», «разрывающий сердце». «Посинел от злости», «побледнел от ужаса», «покраснел от гнева», «в лице не было ни кровинки», «покраснел от стыда». «Вспыхнула от радости», «затаил дыхание», «хватал воздух ртом», «потекли слюнки», «камень в желудке», «тошно», «задрожали колени», «облился холодным потом».

Раздражители: вид шприца, экзамены. Однако имеются раздражители, не содержащие выраженного эмоционального компонента: вид лимона, речь о лимоне (малолетние злоумышленники держали в руках лимоны перед музыкантами духового оркестра, тем самым повысив слюноотделение и испортив игру). В приведенных примерах мы имеем дело с результатом условности: прямые раздражители, воображение или словесное описание вызывают соответствующие условные рефлексы. Физиологические реакции психических процессов могут происходить в разных областях и системах организма:

а) сердечно-сосудистые изменения;

б) изменение дыхания;

в) реакция пищеварительного тракта (усиленная перистальтика, тошнота, замедленная моторика, повышенное слюноотделение или сухость во рту).

Желудок является одним из наиболее чувствительных органов тела и реагирует почти на все эмоции.

г) сексуальные реакции. Готовность к ее возникновению зависит от состояния гормональной активности, однако, психические

процессы играют при этом роль важного пускового механизма (появление сексуального желания и сопутствующие физиологические показатели). Так можно выявить гомосексуалистов.

д) мышечные реакции непроизвольного характера: дрожание.

Описана связь между психической энергией и мускулатурой языка, а также жевательной мускулатурой. Чем более выражено внутреннее давление, внутреннее желание и интенсивность переживаний, тем более развита жевательная мускулатура и мускулатура языка. Этому соответствует замечание об «американском подбородке» у энергичных и предприимчивых американцев.

Сила мышц языка нерешительного человека – с 5 до 2,5 кг, вплоть до силы ребенка и при этом увеличивается несоответствие между рядом зубов в верхней и нижней челюсти. Нерешительность и сознание собственной слабости приводит к исчезновению альвеолярных выступов и к миграции зубов.

е) потливость ладоней (явный признак психосоматических нарушений).

Б) Сомато-психические процессы (S → P). Их исходным пунктом является определенное состояние организма, вызывающее психическую реакцию. Примером может служить чувство голода, приводящее к состоянию недовольства, напряжения, утомления, но также и к физической активности, направленной на устранение этого состояния, т.е. насыщению. Или, например, чувство жажды.

Различие психосоматических и соматопсихических процессов в известной мере является искусственным. Оба эти процесса происходят по взаимной связи, очень часто в форме обратной связи.

Однако иногда процесс происходит уже на границе патологии: например, ощущение страха вызывает пугающее сердцебиение, что вызывает мысли о поражении сердца, способствует увеличению страха и дальнейшему усилению неприятных ощущений в области сердца – речь идет о позитивной образной связи.

Характер психосоматической реактивности, по всей вероятности, в значительной степени обусловлен. Одни лица при эмоциональной нагрузке реагируют чаще сердечнососудистыми явлениями в виде тахикардии, ощущения сжатия в области сердца, другие – реакциями пищеварительного тракта, потливостью или мышечными реакциями: дрожью и т.д. Эта индивидуальная реактивность однако не является неизменной и постоянной во всех ситуациях и во всех периодах жизни. Вопросы индивидуального характера этих реакций до сих пор невыяснены.

Психосоматические отношения в патологии

Психосоматозы (психически обусловленные соматические нарушения) представляют собой такие физические заболевания или нарушения, в патогенезе которых важную роль играют психические факторы (конфликты, напряженность, недовольство, душевные страдания). В общем, предполагают, что механизм возникновения психосоматозов следующий:

– психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение. Аффект рассматривают как мост между психической и соматической областями. При подавлении аффекта, когда моторные и вегетативные проявления блокированы, активируется нейроэндокринная система и происходят изменения в сосудистой системе и во внутренних органах. Сначала эти изменения носят функциональный обратимый характер, однако при большой продолжительности и частом их повторении они могут стать органическими, необратимыми. Наряду с этой общей схемой существует целый ряд различных направлений и мнений разных авторов.

Эта проблематика относится уже к самому понятию стресса.

Психосоматик Селье, автор теории стресса, следующими словами характеризует диалектику стресса: «цель фактически не в том, чтобы избежать стресса. Стресс является составной частью самой жизни. Это естественный побочный продукт нашей деятельности: избегать стресса было бы также неправильно, как отказаться от еды, физических движений, даже от любви. Для того чтобы наиболее полно проявить себя, необходимо сначала определить для себя свой оптимальный стрессовый уровень, и в соответствии с этим использовать свою адаптационную энергию в той мере и в том направлении, которое наилучшим образом соответствует прирожденному устройству мысли и тела. Исследование стресса показало, что полный отдых не оказывает хорошего действия на организм и на отдельные органы. Стресс в умеренных дозах необходим для жизни. Кроме того вынужденное бездействие может вызвать больше стресса, чем нормальная деятельность» (59, с. 15).

Психоаналитическое психосоматическое направление применяет психологический анализ личности и ее травматических и негативных переживаний с особым акцентом на детский возраст. Ряд ученых придерживаются того мнения, что специфические эмоциональные конфликты и фрустрации ведут к специфическим соматическим симптомам и к определенным заболеваниям. Пример:

Неудовлетворение желания быть любимым превращается в желание быть накормленным: поэтому желудок реагирует как перед кормлением: гиперсекрецией и гипермоторикой, что и является условием для развития очага поражения (язвы желудка).

Ряд ученых определяют по профилю личности склонность к психомотозным заболеваниям: называются язвенные, гипертонические личности, некоторые рассказывают о возможных заболеваниях в будущем.

Одним из дискутируемых вопросов является связь между характером психического стрессового фактора и поражением определенного органа. Возможности специфического ослабления и образования очага болезни можно искать в следующих условиях:

а) наследственное конституциональное предрасположение;

б) конституция, сформированная в пренатальном периоде и в детском возрасте под влиянием психических и соматических факторов;

в) органические поражения в дальнейшей жизни;

г) поражение одного органа;

д) факт, что один орган в момент стресса был в состоянии активности;

е) символическое значение органа в индивидуальной психике, например, ощущение отвращения от еды – у меня от этой еды выворачивается желудок;

ж) органная фиксация как следствие заторможенного психического развития (алкоголизм и т.д.).

Связь между психическим стрессом и атаками болезни доказывается рядом факторов:

1. Увеличение числа гипертоников во время блокады Ленинграда.

2. Среди негров в США количество гипертоников в 3 раза больше, чем среди белого населения.

3. Среди актеров, руководящих работников количество гипертоников выше, чем среди другого населения.

Типы психосоматических расстройств

а) Психосоматозы – т.е. органические заболевания, в развитии которых большую роль играет психогенный компонент. Как правило, сюда относятся гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Спорным является включение в их число инфаркта миокарда, мигрени, бронхиальной астмы, ревматического артрита, язвенного колита и нейродермита. Есть и такое понятие, как психогенная смерть.

Экспедицию на Новую Гвинею сопровождал врач могучего телосложения. Грузы несли молодые туземцы под тяжелым впечатлением, что после возвращения их ожидает смерть. Два из них в приступе ностальгии умерли почти сразу. Вскоре от страха слег и третий. Тогда врач громовым голосом произнес над ним заклина-

ние, которым якобы изгнал домашних демонов. Молодой туземец перенес шок и остался жив. (По Пезешкиану).

б) Психосоматические функциональные расстройства иногда, если они кратковременны и менее выражены, находятся на границе нормы, но иногда их относят к числу невротических заболеваний. Речь идет о выраженной потливости, заикании, тике, рвоте, запоре, поносе, сексуальных расстройствах.

в) Психосоматические расстройства в более широком, непрямом смысле. Расстройство обусловлено определенным отношением, вытекающим из особенностей личности. Наиболее значительными из этой области являются:

1. Наклонность к травмам (как противоположное таким понятиям, как точность и тщательность).

2. Ожирение (этиология не ясна), кроме привычки много есть. Кроме того известно, что некоторые люди в состоянии психического напряжения много едят, другие – наоборот.

3. Третьим типом этой группы психосоматических расстройств являются состояния зависимости от токсических веществ:

а) табак (вызывает катары верхних дыхательных путей, способствует раку легких, сердечнососудистым заболеваниям);

б) алкоголь;

в) лекарственная зависимость.

Частым психическим сопровождением токсической зависимости является «рационализация»: курение «прогоняет» сопливость, вызывает сонливость, избавляет от чувства голода.

В таких случаях используются и лекарственные средства, трудотерапия и т.д.

Псевдоневротические заболевания

Обычная простуда вызывает повышенную утомляемость, головную боль, раздражительность.

V. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ (СОКРАЩЕННЫЙ КУРС)

Мозг и психика

Нейропсихология – междисциплинарная наука, сложившаяся на стыке психологии и медицины (неврологии, нейрохирургии, физиологии высшей нервной деятельности), изучающая связи высших психических функций со структурами головного мозга, их развитие и нарушение в зависимости от анатомо-функциональных особенностей и изменений органической основы.

Головной мозг с анатомической точки зрения подразделяется следующим образом.

Конечный мозг состоит из четырех долей (лобной, височной, теменной, затылочной), разделенных глубокими бороздами, и двух полушарий (правого и левого), соединенных «мозолистым телом» (которое созревает долго, приблизительно к 20 годам). Клетки головного мозга (нейроны) образуют «серое вещество», а проводящие пути – «белое вещество».

Ниже расположены структуры *ствола* мозга (промежуточный, средний, продолговатый мозг).

Промежуточный мозг. Состоит из зрительного бугра (таламуса), надбугорья (эпиталамуса), подбугорья (гипоталамуса), забугорья (метаталамуса). Наиболее изучены функции таламуса и гипоталамуса.

Зрительный бугор – коллектор, где возбуждения всех видов ощущений сходятся, переключаются, распределяются по дальнейшим локальным маршрутам к высшим отделам мозга, интегрируются и регулируются по интенсивности (болевые снижаются, специфические усиливаются). Здесь же находятся ядра ретикулярной формации.

Гипоталамус – центр гомеостаза (поддержания равновесия внутренней среды), вегетативной и трофической нервной системы, эндокринной регуляции (через гипофиз) эмоциональных состояний.

Средний мозг включает в себя ножки мозга и четверохолмие. Структуры среднего мозга содержат ретикулярную формацию и выполняют некоторые функции двигательной активности.

Продолговатый мозг. Ниже переходит в спинной мозг. Здесь находятся центры регуляции дыхания, кровообращения, пищеварения и других важнейших функций жизнеобеспечения организма, а в центральной части расположена ретикулярная формация.

Задний мозг (мост и мозжечок). Наиболее крупная структура здесь – мозжечок – один из главных центров экстрапирамидной системы, обеспечивающей перманентный мышечный тонус и регулирующей плавность, ритм, содружественность движений, устойчивость позы и походки. Выполняет (дополнительно к таламусу) функцию коллектора всех видов чувствительности, а также трофические функции (наряду с гипоталамусом).

А.Р. Лурия считал, что психическая деятельность обеспечивается целостной работой головного мозга, в котором можно выделить функциональные блоки и два основных вида синтетической деятельности коры. Первый из них состоит в объединении отдельных доходящих до мозга раздражений в *симультанные* (одновременные, непрерывные), и прежде всего пространственные, группы, второй – в объединении отдельных последовательно поступающих в мозг раздражений в серийно организованные, прерывистые, последовательные (*сукцессивные*) ряды.

Функциональные блоки мозга: блок регуляций тонуса и бодрствования (ретикулярно-лимбическая система мозга); блок приема, хранения и переработки информации (задние отделы полушарий: теменные, височные и затылочные отделы коры); блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности (передние отделы полушарий: лобные доли). Второй и третий функциональные блоки имеют иерархическое строение, включая корковые зоны трех типов: первичные (проекционные), вторичные (проекционно-ассоциативные) и третичные (ассоциативные, зоны перекрытия корковых отделов анализаторов).

В аспекте интеллектуальной деятельности наибольший интерес представляют третичные зоны. Так, например, пространственный синтез симультанными процессами обеспечивает зона перекрытия корковых отделов зрительного, слухового, вестибулярного и кожно-кинестетического анализаторов, которая захватывает затылочные, височные и теменные отделы мозга. Третичная зона передних отделов коры обеспечивает формирование намерений и программ поведения, его контроль, регуляцию интеллектуальной и мнестической деятельности. Заднелобные отделы левого полушария обеспечивают сукцессивную организацию моторики речевых процессов.

Особую область исследований составило открытие анатомо-функциональной асимметрии головного мозга в XIX веке и концепция доминантного полушария Джексона. Вследствие преобладания «правшей» над «левшами» первоначально вербальные функции интеллекта жестко приписывались (в силу перекреста нервных связей) левому полушарию, а невербальные – правому. Образно говоря, в правом полушарии прокручиваются кадры кинофильма на «ино-

странном» языке, которого оно не знает, а левое полушарие переводит звуковой ряд речи на «родной» язык. Кроме того, правое полушарие симультанно целостно выстраивает детализированные эмоционально насыщенные психические образы восприятия, а левое сукцессивно организует логическую последовательность событий, абстрагирует живую действительность до схем существующих в ней связей, закономерностей.

Дальнейшие исследования показали, что внутренняя речь может формироваться в обоих полушариях. Но у правшей зона речи функционирует, как правило, в левом полушарии, а у левшей может стать доминантной в правом полушарии головного мозга приблизительно в 30% случаях.

В целом правое полушарие головного мозга выполняет функции пространственной организации сенсомоторного опыта, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, арифметического счета, контролирует деятельность с помощью эмоциональной регуляции (отрицательные эмоции на ошибки и нарушения моральных норм). Левое полушарие оперирует словами, абстрактными понятиями, логическими схемами.

Н.П. Бехтерева обнаружила в головном мозгу анатомофункциональную структуру рассогласования отсроченных намерений, несовместимых с реально происходящими событиями, посылающую сигналы смутной неосознанной тревоги (детектор ошибок). Детектор ошибок в функциональном отношении имеет большие различия в индивидуальной выраженности. По всей видимости, это и есть механизм запуска той тревоги и отрицательных эмоций, которые связаны с неудовлетворенностью целостной картиной образов будущего, свойственной, как известно, правому полушарию головного мозга.

Теория системной динамической локализации высших психических функций

Теория системной динамической локализации высших психических функций разработана А.Р. Лурия на основе научных положений концепций П.К. Анохина (концепция функциональных систем деятельности), Н.А. Бернштейна (концепция многоуровневой организации движений), Л.С. Выготского (концепция высших психических функций).

Под высшими психическими функциями (ВПФ) понимаются, по Л.С. Выготскому и А.Р. Лурия, сложные формы сознательной деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. Локализация ВПФ, т.е. их связь с конкретными анатомическими

структурами мозга, не является устойчивой, она меняется в процессе развития конкретных видов деятельности. Каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему, связанную с различными субстратами мозга, порой значительно удаленными друг от друга. Повреждение определенного участка мозга (первичный дефект) приводит к нарушению целого ряда функциональных систем (вторичные дефекты), в которые выходит это анатомическое звено. Вместе с тем, другие участки мозга могут взять на себя выполнение утраченных функций (компенсация дефекта).

Выпадение функции из сложной системы приводит к появлению ряда симптомов, совокупно свидетельствующих о разрыве функциональных связей в системе. В этой связи А.Р. Лурия разработал методологию *синдромного анализа* (синдром – это симптомы, связанные в единый симптомокомплекс) и батарею методов нейропсихологической диагностики состояния основных ВПФ.

В дальнейшем были внесены и другие положения в разработку теории системной динамической локализации высших психических функций, на принципах которой основывается современная нейропсихология.

Основные принципы нейропсихологии:

- Принцип системной динамической локализации психических функций в головном мозге. Существуют жесткие и гибкие (изменчивые, малодифференцированные) звенья мозговой организации психических функций. Каждая зона мозга имеет функциональную топику: связана не только с реализацией определенной психической функции, но и взаимодействует с другими структурами, в конечном счете составляя общие функциональные системы деятельностей. Такой принцип организации мозга обеспечивает его компенсаторные возможности.
- Принцип вертикальной иерархической организации функциональных систем мозга. Подчиненность функционирования низших отделов мозга высшим (подкорковых – коре головного мозга, первичных зон – вторичным), между которыми существуют восходящие и нисходящие связи.
- Принцип горизонтальной организации функциональных систем мозга. Дублирование функций парных органов ощущений (зрения, слуха) и распределение определенных психических функций в разных полушариях мозга.
- Принцип доминантности. Функциональная система с большим уровнем возбуждения вытесняет конкурирующую функциональную систему, образуя единое структурно-энергетическое поле деятельности.

- Принцип онтогенетического гетерохронного развития. Развитие психических функций происходит в биологических (и социальных) условиях неравномерного, неодновременного анатомо-функционального созревания различных образований мозга в разных возрастных периодах.
- Принцип неразрывной связи в познании логического и чувственного компонентов (единство аффекта и интеллекта, аффективно-когнитивная пропорция психического отражения).

Первый анатомо-функциональный блок головного мозга

Первый (энергетический) блок включает в себя ретикулярную формацию мозгового ствола, а также лимбическую систему, вместе составляющие ретикулярно-лимбический комплекс.

Ретикулярная формация – своеобразный природный генератор возбуждения – имеет сетчатое строение нервной ткани мозга (вследствие чего и получила такое название). Источниками энергии для организма служат биохимические процессы в организме, а пусковыми сигналами – раздражители рецепторных зон тела, а также мотивационная сфера личности. Сетчатое строение нервных связей способствует стремительному распространению возбуждения ко всем нервным клеткам, *генерализации* процесса возбуждения. Основные функции ретикулярной формации – переход от состояния сна к бодрствованию (включение сознания), обеспечение активности, работоспособности, внимания.

При нарушении нижних отделов ретикулярной формации (в продолговатом и среднем мозге) происходит резкое сужение объема сознания, переход к состоянию сна. Нарушение верхних отделов в промежуточном мозге приводит к эффекту «расторможенной подкорки», безудержности влечений, аффективности поведения на фоне астенических состояний, инертности процессов возбуждения и торможения – психическая деятельность теряет пластичность, становится ригидной.

В лимбический комплекс входят структуры древней коры (гиппокамп, обонятельный мозг); ядра нейронов в белом веществе головного мозга (хвостатое, чечевидное, миндалевидное и ограда), получившие названия «базальные ганглии»; ядра таламуса и гипоталамуса; поясная извилина левого и правого полушария головного мозга. Лимбическая система регулирует психическую активность с помощью эмоциональных состояний. Нарушения лимбического комплекса мозга проявляются разнообразными эмоциональными и вегетативными расстройствами.

Энергетический блок мозга регулирует процессы возбуждения и торможения, в конечном счете определяя и свойства нервной деятельности. И.П. Павлов относил к *основным свойствам нервной системы силу, уравновешенность, подвижность процессов возбуждения и торможения.* Сила нервной клетки, нервной системы в целом определяется ее способностью выдерживать продолжительное время как сильное возбуждение, не приходя в состояние торможения, так и торможение, не возбуждаясь. Равные по силе процессы возбуждения и торможения определяют свойство уравновешенности, а быстрота или замедленность смены возбуждения торможением и торможения возбуждением – суть подвижность или инертность нервных процессов.

В дальнейшем отечественные исследователи нервной системы выделили ряд других ее индивидуальных свойств: динамичность (скорость образования и угасания условных рефлексов), лабильность (скорость возникновения и проведения возбуждения нервной ткани), концентрированность (дифференцирование раздражителей, уровни различения порогов ощущений), активированность (энергетика умственной работоспособности).

Второй анатомо-функциональный блок головного мозга

Блок приема, хранения и переработки информации представляет собой центральные отделы зрительных, слуховых, кожно-кинестетических анализаторов соответственно в затылочных, височных и теменных отделах коры больших полушарий головного мозга, а также область их взаимодействия (в пограничных междолевых участках мозга).

Центральные анализаторы состоят из автономно-модальных зон (первичные и вторичные зоны зрительного, слухового и кожно-кинестетического анализаторов) и общих (третичных) зон. Зоны представляют собой слои нейронов, надстроенные друг над другом и имеющие специфическую морфологию и функции.

Первичные зоны (нижний этаж) называются проекционными, нейроны этих зон узко специализированы на анализе (декодировании) какого-либо одного параметра ощущения. Во вторичных (ассоциативно-проекционных) зонах (средний этаж) интегрируется целостный мономодальный образ зрительного, или слухового, или кинестетического восприятия. Полимодальные слухо-зрительно-кинестетические образы пространственного восприятия (верхний этаж) формируются в третичных (ассоциативных) зонах перекрытия анализаторов.

Зрительный анализатор

Нейроны первичной зоны зрительного анализатора трансформируют приходящие к ним нервные импульсы в отдельные параметры остроты зрения, свето- и цветоощущения. Нарушения на этом уровне могут проявляться выпадением половины зрительного поля (гемианопсия), появлением фотопсий (искры, вспышки), слепых пятен (скотом), которые достаточно хорошо компенсируются движением глаз и функциональной перестройкой сетчатки.

Нейроны вторичной зоны участвуют в построении целостного зрительного образа, поэтому нарушения на этом уровне приводят к *зрительным агнозиям* (неузнавании реальных предметов и их изображений). Различают несколько разновидностей зрительных агнозий.

- Предметная. Нет зрительного понятия о предмете в целом при сохранившейся способности описать его в деталях или назвать по слуховым, тактильным характеристикам (в случае поражения в обоих полушариях). При одностороннем поражении нарушается только константность зрительного-восприятия (неузнавание предмета в измененных условиях, затрудняющих целостное восприятие).
- Лицевая (правое полушарие). Неспособность различать лица и их изображения, отличать мужские от женских, детские от взрослых, знакомые от незнакомых.
- Буквенная (левое полушарие). Неузнавание букв при способности к их написанию, приводящее к алексии.
- Оптико-пространственная. Нарушается лево-правая, а в более тяжелых случаях и верхне-нижняя зрительная ориентировка в пространстве.
- Симультанная. Невозможность одновременного восприятия даже двух предметов.
- Цветовая. Отсутствует представление о цвете, его категоризация при сохранении цветоощущения.

Слуховой анализатор

При поражении первичных зон слухового анализатора, ответственных за остроту слуха (восприятия звуков определенной высоты и частоты), порог слухового восприятия возрастает.

Поражение речевых и неречевых вторичных зон расстраивает функцию интеграции слуховых восприятий в целостные психические образы.

Выделим сначала расстройства неречевых вторичных зон слухового анализатора в правом полушарии головного мозга.

- Слуховая агнозия. Звуки дифференцируются, но не связываются с их источником.

- Сенсорная амнезия. Неспособность воспроизводить, отличать, узнавать мелодии.
- Аритмия. Неспособность к восприятию и воспроизведению ритма.
- Нарушение восприятия интонаций. Неспособность различения голосов по индивидуальным интонационным характеристикам.

Фонематические расстройства вербального слуха (вторичные зоны височной области левого полушария у правшей) имеют системный характер и проявляются *синдромом височной афазии:* непонимание речи, отсутствие связной речи, аграфия, алексия, фиксационная вербальная амнезия.

Кожно-кинестетический анализатор

Кожно-кинестетическая чувствительность представлена осязанием давления на кожу, температуры, вибрации, боли, движения. Соматотопическая схема человека в теменном отделе коры представлена в перевернутом виде.

При поражении первичных зон отмечается снижение или потеря чувствительности участков тела (*анестезия*).

Нарушения вторичных зон расстраивает синтез осязательных ощущений, появляются *тактильные агнозии.*

При дефекте нижнетеменных отделов тактильная агнозия ограничивается областью лица и рук (неузнавание предметов и текстуры материала на ощупь с помощью рук, а также языка, губ, щек, так называемая *оральная агнозия*). В связи с тем, что нарушается обратная связь от движений рук, движения теряют тонкую дифференцировку (*афферентный парез*), что влечет за собой расстройство манипуляторной предметной деятельности (*афферентная апраксия*).

При поражении верхнетеменных областей вторичных зон, куда собирается информация от всего тела, наблюдается полная *соматогнозия* (игнорирование частей тела, расстройство представления об их местоположении, размерах).

В заключение необходимо отметить, что человек, страдающий той или иной сенсорной агнозией, не теряет гностической мотивации, стремится компенсировать дефект неузнавания с помощью рассуждений, сохранной работы других анализаторов.

Отдельным разделом в рассмотрении второго блока головного мозга выделим тему анализатора речи.

Анализатор речи

Речь – это специфическая форма социально-психической деятельности человека, передачи информации, мышления, взаимодействия, общения людей с помощью системы устных, письменных словесных (вербальных) и жестовых знаков. В этой связи, не в узко анатоми-

ческом, а в широком философском смысле, *язык* – система выработанных и принятых в обществе знаков; *знак* – способ, код передачи максимально емкой информации в минимизированной форме, орудие интеллектуальной деятельности и средство ее развития; *слово* – слуховой и зрительный носитель общего для людей понятия и, вместе с тем, его индивидуального, субъективно воспринимаемого смысла.

В речи выделяются *лингвистические элементы*: фонемы, лексемы, семантические единицы.

Фонемы – смыслообразующие звуки речи, различающие буквы и слова. В русском языке фонемы представлены гласным и согласными звуками. В других языках могут быть иные фонемы, например длина звука в английской речи.

Лексемы – слова и фразы, обозначающие отдельные предметы и явления, понятие о которых составляет семантическую суть речи.

Характеристиками устной речи является ее *лексико-грамматические* (слова, фразы, сообщения), *мелодико-интонационные* (тембр и эмоциональная окраска голоса) и *темпо-ритмические* (скорость речи, паузы, ударения) свойства, а также невербальные компоненты выразительного сопровождения устной речи мимикой и жестами. Вместе с тем мимика и жесты могут составлять самостоятельную знаковую систему языка общения.

Речевой анализатор имеет комбинированный сенсомоторный состав с другими анализаторами: *орган голосообразования (периферический отдел); центры речи (центральный отдел);* слуховой, зрительный и кинестетический анализаторы (периферические и центральные отделы вспомогательных анализаторов). Центральные отделы анализатора речи обеспечивают целостную функциональную связь понимания, произношения и написания слов с функцией прямой и обратной слуховой, зрительной и кинестетической информацией, свидетельствующей о содержательной стороне устной и письменной речи, а также о качестве артикуляции (звукопроизнесения) и правописания.

Орган голосообразования – *гортань* – периферическая часть анализатора устной речи. Гортань расположена в области шеи, спереди пищевода, имеет хрящевую анатомическую основу, внутри перекрыта двустворчатыми эластичными *голосовыми связками*, между которыми имеется *голосовая щель*. При вдохе голосовая щель расширяется, пропуская в легкие воздух. Слова произносятся на выдохе благодаря колебаниям голосовых связок воздушным потоком, который регулируется в звукопроизношение с помощью работы мышц диафрагмы, языка, губ, нёба, глотки, челюстей. При этом роль усилителя, резонатора звука выполняют лобно-носовые пазухи.

Голос характеризуют *сила, высота, тембр*. Сила (громкость) звука зависит от амплитуды колебания голосовых связок, а высота

от частоты колебаний, связанной с частотой приходящих нервных импульсов. Тембр голоса – его индивидуальная характеристика (окраска), которая зависит от состава обертонов (добавочных звуков вследствие вибрации голосовых связок частями) и резонанса в носоглотке и лобных пазухах.

Рука – периферический (исполнительный) отдел анализатора письменной речи и управляется в этой своей функции Нердвой проводимостью от центров речи (правая рука связана с левым полушарием головного мозга; левая – с правым в силу перекреста нервных путей).

Центральные анализаторы речи расположены, как правило, в левом полушарии головного мозга. В височной доле мозга центр Вернике осуществляет функцию понимания речи; в лобной доле центр Брока конструирует речедвигательную программу.

Процесс организации речи (фонетического, лексического, семантического кодирования информации), ее моторное (мышечное) производство понимается как *экспрессивная речь*. Как и любая функциональная система деятельности, ее структура включает потребность (а также мотив и цель речи), программу (состав речи), исполнение (речь) и контроль высказывания. В отличие от экспрессивной, внешнеобозначенной (устно, письменно, жестом), *внутренняя речь* понимается как вербальное мышление (с безмолвной, подпороговой моторикой).

Процесс восприятия речи (декодирование звуковой или зрительной информации, перевод ее в вербальную) определяется как *импрессивная (сенсорная) речь*.

Классификации афазий по А.Р. Лурия

Афазии – системное расстройство различных форм речевой деятельности при локальном поражении, как правило, левого полушария головного мозга, которое сопровождается распадом фонематической, морфологической или синтаксической структуры речи при сохранении слуха и членораздельного произношения. Речевая патология при афазиях отличается от дизартрий (нарушения произношения), *аномий* (трудностей называния вследствие расстройства межполушарного взаимодействия) и алалий (недоразвития всех форм речевой деятельности ребенка). Афазии вследствие дезинтеграции психической деятельности приводят к патологическому изменению всей личности.

Сенсорная афазия. Поражение вторичных зон центра Вернике (височная доля левого полушария). Проявляется расстройством фонематического слуха. Больной в легкой степени расстройства не различает близкие звуки (например, «г» и «к»), в средней степени расстройства воспринимает родную речь как неизвестную, а в тяжелой – как

шум. Невозможность правильно воспринимать собственную речь приводит к появлению в ней парафазий (замена одних звуков и слов другими, ассоциативно близкими по звучанию или смыслу).

Поражение других участков этой же зоны дополнительно может вызвать неспособность к запоминанию фраз (*акустико-мнестическая афазия*) или (нарушение, происходящее на границе с анализатором зрения в затылочной области мозга) – трудности называния, изображения предмета (*оптико-мнестическая афазия*).

Афферентная моторная афазия. Наблюдается при поражении вторичных зон теменной области левого полушария, ответственных за кинестетический анализ произношения, его регуляцию и коррекцию. Нарушения схожи с симптоматикой легкой степени сенсорной афазии, но сопровождаются дополнительно явлениями *оральной апраксии* (неспособность надуть щеки, высунуть язык и др.).

Эфферентная моторная афазия. Поражается зона Брока (премоторная зона в лобной доле головного мозга). Нарушается плавность речи, последовательность речевых движений (их сукцессивная организация). В результате затруднен переход от одного слова к другому, возникают застревания на отдельных словах и фразах, их повороты (устная и письменная персеверация).

Поражение других (средних и задних) участков лобной доли дополнительно приводит к нарушению замысла высказывания (*динамическая афазия*), правильного и грамматически полного составления, построения фразы. В диалогической речи при этом характерны повторы речи собеседника (*эхолалии*).

Семантическая афазия. Поражение третичных зон взаимодействия анализаторов височной, теменной, затылочной долей левого полушария головного мозга. В результате нарушается одновременное (симультанное) декодирование анализаторами вербальных понятий о пространственных, временных, количественных и других отношениях между предметами и явлениями (например, «под» – «над», «брат жены» – «жена брата»). Характерна *акалькулия* (ошибки счета).

Сенсомоторные уровни организации движений

Сенсомоторный путь начинается с раздражения *рецепторов*, нервные структуры которых трансформируют физическое воздействие (световое, звуковое, температурное и др.) в электрический импульс, передающийся по чувствительным восходящим (афферентным) *нервам* в специфические (модальные) сенсорные нейроны спинного мозга, мозгового ствола и коры головного мозга (*центры*). Последние расшифровывают информацию нервных импульсов и формируют элементарные ощущения и целостные психические об-

разы восприятия. Таковы основные (периферические и центральные) звенья *анализаторов* органов ощущений (зрительных, слуховых, осязательных, обонятельных, вкусовых).

Нервное возбуждение от чувствительных нейронов, через распределительные (вставочные) нейроны, охватывает двигательные нейроны центральной нервной системы. В зависимости от специфики афферентаций (ощущений и сенсорных образов) проходит команда на исполнение тех или иных движений, которая передается по нисходящим (эфферентным) двигательным нервам к скелетным (поперечнополосатым) мышцам (соматическая нервная система) или к гладкой мускулатуре внутренних органов и сосудов (вегетативная нервная система).

Вегетативная нервная система с центром в гипоталамусе начинается в интерорецепторах внутренней среды и заканчивается эфферентными волокнами в гладкой мускулатуре сосудов, пищеварительной и выделительной системы, секреторных желез. Кроме двигательной она осуществляет трофическую функцию регуляции интенсивности обменных процессов в клетках организма.

Соматическая нервная система представлена пирамидным и экстрапирамидным путями.

К центральному звену пирамидной системы, осуществляющей *произвольные движения*, сокращения и расслабление скелетной мускулатуры, относятся:

- двигательные нейроны (пирамидные клетки Беца) передней центральной извилины коры головного мозга;
- ядра черепно-мозговых нервов;
- мотонейроны передних рогов спинного мозга.

Периферический отдел пирамидной системы составляют двигательные нервы.

Экстрапирамидная система осуществляет *непроизвольную регуляцию* мышечного тонуса, поддержания равновесия, плавности и эмоциональной выразительности движений (мимика, жесты, позы).

Периферические приводящие нервные пути экстрапирамидной системы проходят отдельно от пирамидных (ретикулярный тракт). Специфика проводимых по ним нервных импульсов многообразна и зависит от природы выделяемых нейромедиаторов (дофамин, ГАМК, серотонин и др.).

Анатомические структуры центрального звена экстрапирамидной системы расположены:

- в мозжечке;
- в ядрах зрительного бугра (таламуса) и подбугорья (гипоталамуса);
- в стриопаллидарном комплексе, которые включает в себя базальные ганглии, такие как хвостатое и чечевицеобразное ядра

(скопления серого вещества нейронов в белом веществе больших полушарий головного мозга), ядра среднего мозга (черная субстанция, красное ядро);

– в вестибулярных ядрах продолговатого мозга.

Сенсомоторный путь, который не доходит до высших отделов головного мозга, центральных звеньев анализаторов, в котором переключение сенсорного возбуждения на мотонейроны происходит главным образом на уровне спинного мозга, называется *рефлекторной дугой*, исполняющей функцию безусловных рефлексов.

Включение в нервную деятельность обратной связи, регулирующей пороги чувствительности рецепторов, тонус мышц, уровень активации нейронов, смену или коррекцию двигательных программ, превращает рефлекторную дугу в *рефлекторное кольцо* (Н.А. Бернштейн). Принцип рефлекторного кольца лежит в основе деятельности как бессознательной (например, адаптация порогов ощущений к яркому или сумеречному свету, громкому или тихому звуку), так и осознанной (коррекция ошибок).

Н.А. Бернштейн выделил пять уровней рефлекторных колец: два субкортикальных и три кортикальных сенсомоторных этажа построения движений.

Субкортикальный сенсомоторный путь на низшем уровне (А) управляется со стороны главным образом *среднего мозга* (красное ядро, черная субстанция, ретикулярная формация). Обеспечивает двигательную активность обратной связью от наиболее древних проприорецепторов мышц и рецепторов полукружных каналов внутреннего уха, поддерживающих тонус позы тела, регулирующих степень мышечного напряжения-расслабления (так называемая «протопатическая чувствительность»). Нарушения этого уровня (дистонии) проявляются симптомами гипертензии (высокого нерегулируемого мышечного тонуса), восковой гибкости при каталепсии, тремором, дрожательным параличом (болезнь Паркинсона), статистической атаксией (нарушение равновесия тела при стоянии, сидении).

Субкортикальный сенсомоторный путь на более высоком уровне (В) управления со стороны *промежуточного мозгу, базальных ганглиев* (таламус в качестве афферентного центра и бледные шары в качестве эфферентного). Обеспечивает движениям согласованность (синергичность) работы различных групп мышц, повторяемость движений (простейший вид двигательной памяти), придает им свойства пластичности, ритма, эмоциональную выразительность мимики лица, жестовой пантомимики. Плавность, гибкость, грация движений – результат работы этого сенсомоторного уровня, входящего в так называемую «экстрапирамидную систему», которую составляют также мозжечок и ряд структур продолговатого и среднего мозга. На-

рушения на уровне B (диссинергии) проявляются в случае гипофункции скудностью эмоционально-выразительных движений, потерей пластичности, расстройством автоматизмов (например, походки) и предметных действий (навыков), требующих четкого ритма. Патологическая гиперфункция уровня B проявляется гиперкинезами (непроизвольными размашистыми движениями), нецеленаправленными неконтролируемыми атетозными (червеобразными) движениями (ползаньем, лазанием, хватательно-держательными рефлексами).

Сенсомоторный путь, замыкающийся на еще более высоком, уже кортикальном уровне (C), управляется со стороны анализаторов восприятия *пространственного поля*, полосатого тела (стриатума) и пирамидной системы двигательных нейронов коры головного мозга (пирамидные клетки Беца). Обеспечивает движениям приспособительные свойства метричности, координации с учетом топографии внешней среды, проектирования траекторий перемещения в ней, точности попадания в цель, локомоторной меткости. Нарушения этого уровня проявляются динамической атаксией (расстройством координации движений), параличами, парезами (частичным восстановлением при параличах моторной активности за счет компенсации со стороны сохранной экстрапирамидной системы).

Кортикальный уровень D (вторичные зоны анализаторов восприятия, центры Вернике и Брока, премоторные отделы лобных долей) обеспечивает выполнение *предметных действий,* формирование устной и письменной речи. Нарушения уровня проявляются агнозиями, апраксиями (расстройствами навыков предметной деятельности), афазиями (расстройствами речи).

Кортикальный уровень E (префронтальные отделы лобных долей мозга, третичные зоны анализаторов левого полушария) обеспечивают абстрактно-символическую деятельность человека.

Третий анатомо-функциональный блок головного мозга

Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности связан со всеми отделами коры больших полушарий, расположен спереди центральной лобной извилины, выполняет только двигательную функцию и включает в свой состав моторные, премоторные, префронтальные отделы коры лобных долей мозга.

В третьем блоке в отличие от остальных возбуждение инициируется в третичных зонах, распространяясь в дальнейшем на нижележащие структуры.

В моторном отделе (передняя центральная извилина) расположены первичные зоны третьего блока, состоящие из больших пирамидных клеток Беца. Здесь берет начало большой пирамидный

путь, возбуждающий скелетную мускулатуру тела, соматотопически представленного в первичных зонах. При поражении моторной зоны наблюдается параличи (уровень С, по Н.А. Бернштейну).

Во вторичных зонах премоторной коры составляются двигательные композиции, распределяется участие в них тех или иных мышечных групп, определяется последовательность их включения, формируются в конечном счете двигательные стереотипы, навыки обучения, поэтому их повреждение приводит к распаду операций предметной деятельности, к кинетической апраксии (уровень D, по Н.А. Бернштейну), характерны состояния эмоционального безразличия или эйфории.

Реабилитационная нейропсихология

В нейропсихологии выделяют следующие способы восстановления нарушенных функций: спонтанное восстановление, викариат, растормаживание, перестройка функциональных систем.

Спонтанное восстановление нарушенных функций мозга как естественная положительная динамика имевшего место расстройства возможно при условии временной инактивации участков мозга (например, отек, нарушение гемодинамики без повреждения ткани мозга). Иногда наблюдается спонтанное перемещение функции в соседние структуры, в подкорковые образования, в другое полушарие.

Искусственное перемещение утерянной функции в сохраненные структуры мозга называется *викариат* и, как показывает практика, за редким исключением возможно только для функций совместной деятельности обоих полушарий еще незрелого головного мозга детей.

Растормаживание функций – восстановление нервной проводимости в синапсах с помощью как фармакологических препаратов, так и психолого-педагогических тренингов.

Перестройка функциональных систем деятельности – длительный процесс специального обучения, переучивания. В случае замещения утерянной функции онтогенетически более ранними структурами, принимавшими участие в их развитии, но уступившими свое место другим (функционально оптимальным), происходит внутрисистемная перестройка. Например, восстановление письма в случае потери фонематического слуха осуществляется за счет опоры не на слуховые, а на зрительные образы. Межсистемная перестройка предполагает включение в функциональную систему нового звена, ранее в ней не участвовавшего. Например, замена одного анализатора другим, как это происходит при обучении слепых азбуке Брайля с помощью тактильных ощущений.

VI. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

6.1. СУЩНОСТЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

Сущность экспертизы. И в теории, и в практике сегодня признается необходимость прибегать к оценкам специалистов-экспертов в сложных, проблематичных ситуациях. Экспертиза проводится, как правило, в экстраординарных случаях, когда познаний лиц, ответственных за принятие решений в сфере социального и производственного управления, судопроизводства, образования, бывает недостаточно.

Обстоятельствами, при которых целесообразно назначить экспертизу, могут быть следующие:

• необходимость получения объективного мнения специалиста, не заинтересованного в принятии решения или совершении действия;

• конфликтная ситуация в сфере управления, осуществление властных полномочий, наличие спорных позиций по одному и тому же вопросу, когда необходимо мнение незаинтересованного специалиста;

• потребность решить проблемы, находящиеся на стыке различных отраслей науки, техники;

• когда границы проблемы шире границ суммарного знания;

• когда об этом указывается в законе или подзаконном акте.

Использование экспертизы для решения специальных задач базируется на ряде принципов, состоящих в том, что:

• экспертные оценки должны быть получены от признанных в определенной области знаний специалистов в максимально систематизированной форме, дающей возможность их обобщения;

• для получения суждений экспертов в максимально систематизированной форме необходимо ставить перед ними четко сформулированную задачу;

• выбор экспертов, постановка им задач, обобщение их суждений должны основываться на определенной методике.

Вопрос о назначении судебно-психологической экспертизы получил законодательное разрешение после принятия уголовно-процессуального, гражданско-процессуального и административно-процессуального кодексов. В уголовно-процессуальном кодексе в качестве общего правила установлено, что в случае необходимости использования специальных познаний в области науки, техники, искусства и ремесла возможно привлечение эксперта – лица, обладающего такими познаниями, а также психолога и назначать судебно-психологическую экспертизу.

Экспертиза назначается в случаях, когда для разрешения определенных вопросов при производстве по делу необходимы научные, технические и другие специальные познания. Дается перечень видов специальных познаний: наука, техника, искусство, ремесло.

Психологическое знание, будучи специальным, объективно основано на научных данных о закономерностях развития и функционирования психики и может быть использовано наряду с другими знаниями в целях обеспечения правосудия, охраны имущественных отношений и личных прав граждан. Так, определяя случаи обязательного проведения экспертизы, указывает, что она проводится для определения психического состояния обвиняемого, подозреваемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности отдавать отчет в своих действиях или руководить ими, а также для установления психического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Анализ норм кодекса позволяет сделать вывод, что законодатель обязывает суд и органы дознания и расследования в соответствующих случаях назначать психологическую экспертизу для выяснения таких индивидуальных особенностей психики, как воля, интеллект, восприятие, память, мышление и т.п. Способность правильно воспринимать обстоятельства исследуемого события и давать о них правильные показания зависит не только от наличия или отсутствия душевного заболевания, но и от некоторых индивидуальных особенностей психики человека, условий его развития, характера ситуации. Очевидно, что эти стороны психической деятельности должен исследовать эксперт-психолог, а не психиатр.

Впервые на судебно-психологическую экспертизу как на один из источников было прямо указано в дополнении от 21 марта 1968 г. к постановлению пленума Верховного Суда СССР от 3 июля 1963 г. «О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних». В частности, в п. 4-а дополнения указывалось, что при наличии данных, свидетельствующих об умственной отсталости несовершеннолетнего подсудимого, суды должны выяснять уровень его умственной отсталости, устанавливать, мог ли он полностью осознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими.

В юрисдикции действуют общие условия, характерные для назначения экспертизы, однако здесь есть и определенная специфика: экспертиза не должна касаться специальных познаний в области юриспруденции.

Судебно-психологическая экспертиза – исследование, осуществляемое экспертом на основе специальных познаний в области

психологии в целях дачи заключения по поводу обстоятельств, имеющих значение для правильного разрешения дела. Таким образом, судебно-психологическая экспертиза – это специальное действие, заключающееся в исследовании сведущим лицом – психологом по заданию следователя или суда предоставленных ему подэкспертных материалов с целью установления фактических данных, имеющих значение для дела и дачи заключения в установленной форме.

Заключение эксперта-психолога является одним из предусмотренных уголовно-процессуальным законом источников доказательств. Оно представляет собой письменное сообщение эксперта о ходе и результатах проведенного им исследования и о выводах по поставленным перед ним вопросам. Средством получения такого заключения является использование специальных познаний в психологической науке. Познания являются специальными в том смысле, что ими владеет ограниченный круг специалистов, имеющих соответствующую профессиональную психологическую подготовку. Подобные специальные познания могут относиться к любой сфере человеческой деятельности, за исключением правовых познаний, которыми должны в достаточной мере обладать сами следователи и судьи.

Эксперт-психолог исследует фактические обстоятельства дела и в ходе этих исследований применяет свои специальные психологические познания, на основе чего дает заключение по поставленным вопросам.

Основными признаками судебно-психологической экспертизы, характерными для любого вида экспертиз, являются следующие.

1. Исследование проводится на базе специальных познаний в области психологической науки. Эксперт-психолог – лицо или орган, обладающий специальными познаниями в области психологии, достаточными для дачи заключения.

2. Заключению эксперта закон придает силу источника доказательств, ссылаясь на который можно устанавливать наличие или отсутствие каких-либо данных доказательств.

3. Подготовка, назначение и проведение судебно-психологической экспертизы осуществляются с соблюдением специального правового регламента, определяющего наряду с процедурой исследования и процессуальные права и обязанности участников процесса.

В заключение дается вывод эксперта, полученный им путем оценки результатов психологического исследования. Таким образом, применение специальных психологических познаний и дача заключения – два взаимосвязанных фактора, отличающих экспертизу от других способов установления фактических данных.

Как пишут В.Ф. Енгалычев и С.С. Шипшин, признаками понятия судебной экспертизы являются:

а) ее подготовка, назначение и проведение с соблюдением специального правового регламента, определяющего наряду с соответствующей процедурой права и обязанности эксперта, лица, назначающего экспертизу, а также права обвиняемого (подозреваемого) в связи с этим;

б) проведение исследования на основе использования специальных психологических знаний;

в) дача заключения, имеющего статус источника доказательств. Основное содержание экспертизы в уголовном судопроизводстве составляет анализ определенных данных с целью установления новых фактов, имеющих значение для предварительного расследования преступлений или рассмотрения уголовных дел в суде.

Не являются экспертизой действия специалиста, которые сводятся к обнаружению, фиксации, изъятию, осмотру вещественных доказательств, оказанию помощи следователю или суду в подготовке и назначении экспертизы. Вывод специалиста, сделанный при оказании помощи следователю или суду, имеет не доказательственное, а лишь оперативное значение.

6.2. СПЕЦИФИКА И ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Наряду с возрастанием роли количественных методов в обработке информации нередко ее анализ и оценка могут быть лишь результатом суждений, мнений лиц, обладающих глубокими профессиональными познаниями. И в теории, и в практике сегодня признается необходимость в сложных, проблематичных ситуациях прибегать к оценкам специалистов-экспертов.

Экспертиза проводится, как правило, в особых, экстраординарных случаях, когда познаний лиц, ответственных за принятие решений в сфере социального и производственного управления, судопроизводства, образования бывает недостаточно. Специфическими обстоятельствами, при которых целесообразно назначить экспертизу, могут быть следующие:

- необходимость получения объективного, незаинтересованного решения;
- конфликтная ситуация в сфере управления, осуществление властных полномочий, наличие спорных позиций по одному и тому же вопросу, когда необходимо мнение незаинтересованного специалиста;
- потребность решить проблемы, находящиеся на стыке различных отраслей науки и техники;
- когда границы проблемы шире границ суммарного знания;

• когда об этом указывается в законе или подзаконном акте.

Использование экспертизы для решения специальных задач базируется на ряде принципов, основные из которых таковы:

• экспертные оценки должны быть получены от признанных в определенной области знаний специалистов, в максимально систематизированной форме, дающей возможность их обобщения;

• для получения суждений экспертов в максимально систематизированной форме необходимо поставить перед ними четко сформулированную задачу;

• выбор экспертов, постановка перед ними задач, обобщение их суждений должны основываться на определенной методике.

Компетенция судебно-психологической экспертизы

Компетенция судебно-психологической экспертизы определяет рамки задаваемых эксперту вопросов, границы разрешаемых им ситуаций и строго ограничена законом. В частности, эксперт-психолог решает вопросы, заданные ему следователем в постановлении, и не вправе выходить за рамки этих вопросов. В некоторых случаях необходима постановка дополнительных вопросов для разрешения какой-либо возникшей ситуации, тогда эксперт имеет право запросить следователя (лицо, ведущее дознание) дополнить постановление, а в отдельных случаях – назначить дополнительную либо повторную экспертизу. Закон, ограничивая компетенцию эксперта, тем самым устанавливает рамки решаемых им вопросов.

С точки зрения развития науки психологии и других смежных наук (психиатрии, педагогики и т.п.) компетенция эксперта-психолога ограничивается степенью развития научной мысли, последними научными разработками. Для наиболее полного и объективного заключения эксперт должен ознакомиться с материалами дела (уголовного или гражданского), но в этом он может быть ограничен. Если лицо, ведущее дознание, предоставляет не весь необходимый материал, то эксперт вправе потребовать доступа ко всей необходимой ему информации.

С позиции иных отечественных психологов компетенция психологической экспертизы включает разрешение вопросов о достоверности показаний свидетеля, подозреваемого и т.д. Некоторые ученые полагают, что компетенция психологической экспертизы ограничивается лишь разрешением вопросов аффекта (психологического) и выяснением факта, могло ли лицо осознавать характер действий, совершаемых им или над ним в случаях экспертизы жертв изнасилования.

На наш взгляд, под компетенцией психологической экспертизы следует понимать совокупность поставленных перед экспертами задач, их возможностей и полномочий.

Пределы компетенции психологической экспертизы ограничены, с одной стороны, возможностями психологии в целом и ее конкретной отрасли, с другой – нормативным урегулированием статуса экспертизы и эксперта в конкретной сфере. Возможно также ограничение компетенции экспертизы полномочным должностным лицом или органом.

Нормативные акты, регулирующие назначение и производство экспертизы, рассчитаны на широкое число случаев и являются универсальными. Так, в уголовном, гражданском, административном процессах действующие нормы регулируют назначение и проведение любой экспертизы, не выделяя психологическую.

Препятствием в деятельности экспертизы может явиться и воля субъекта, ее назначившего, поскольку он может оказаться недостаточно подготовленным в области психологии, слабо представляющим себе ее возможности и методы. С этим также бывает связана нечеткая, неточная формулировка вопросов и задач, которые ставятся перед экспертом. Последний, безусловно, должен подчиняться действующим нормам, особенно в том, что касается характера его взаимоотношений с субъектом, назначившим экспертизу, требований к итоговому документу экспертного исследования и т. .

Эксперт, проводящий психологическую экспертизу, не может вмешиваться в деятельность органа или должностного лица, назначившего экспертизу, однако он не должен быть и слепым орудием в их руках. Установив, например, что вопрос перед ним поставлен неправильно, узко, эксперт может обратиться к заинтересованному субъекту за уточнениями, чтобы провести исследование исходя из сегодняшних возможностей психологической науки.

Судебно-психологическая экспертиза широко применяется в практике правоохранительных органов, однако вопрос ее компетенции до сих пор дискутируется как в юридической, так и в психологической литературе.

Специфика назначения судебно-психологической экспертизы в стадии рассмотрения дела в суде

Прежде всего необходимо отметить, что экспертиза может быть назначена только либо в стадии расследования дела, либо в стадии судебного разбирательства в порядке, установленном уголовно-процессуальным законом. «Однако суд или судья при рассмотрении вопросов, связанных с подготовкой к рассмотрению дела в судебном заседании, вправе решить вопрос о вызове в судебное заседание лица,

обладающего специальными познаниями, эксперта-психолога. Лицо, вызванное в судебное заседание в качестве эксперта, которое не было назначено на предварительном следствии, может участвовать в исследовании обстоятельств дела, относящихся к предмету экспертизы, после вынесения определения о назначении экспертизы».

В судебном заседании решается вопрос: возможно ли проведение экспертизы при судебном разбирательстве дела либо необходимо возвратить дело на дополнительное расследование. Решение принимается судом в зависимости от характера обстоятельств, подлежащих исследованию, их значения для вывода и достаточности оснований к преданию суду, а также от возможности предоставления эксперту в судебном заседании материалов, подлежащих исследованию.

Суд не вправе заменить определение о назначении экспертизы другими документами, не предусмотренными законом (сопроводительным письмом, списком вопросов).

В.Ф. Енгалычев и С.С. Шипшин, говоря о специфике назначения судебно-психологической экспертизы, пишут, что практика проведения СПЭ рекомендует, несмотря на общие основания для всех видов судебных экспертиз, кратко обозначить некоторые специфические стороны собственно судебно-психологической экспертизы.

Судебно-психологическую экспертизу не следует назначать на начальных стадиях предварительного следствия, так как для решения поставленных перед экспертизой вопросов требуется значительный объем информации как о криминальной ситуации, так и об участниках исследуемых событий (особенно об испытуемых). Если планируется проведение судебно-психологической и судебно-психиатрической экспертизы, то первая не должна предшествовать второй во избежание выхода психолога за пределы своей научной компетенции. Не следует также назначать «искусственные» КСППЭ (комплексные судебно-психолого-психиатрические экспертизы), т.е. с целью экономии времени объединять две экспертизы в одну без достаточных на то оснований.

Нередко следователи не представляют, в чем заключается специфика проведения СПЭ, полагая, что она мало чем отличается (в том числе и по затратам времени) от амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. Необходимо отметить, что на проведение СПЭ затрачивается значительное время, поскольку помимо беседы (часто длительной) в отношении испытуемого проводится экспериментально-психологическое обследование с применением большого числа методов (сами методы и их количество определяются конкретными задачами, вытекающими из поставленных перед экспертами вопросов).

Зачастую работа непосредственно с испытуемым занимает несколько дней. Кроме того, полученные данные эксперту-психологу необходимо обработать и интерпретировать, что также требует значительного времени. Как показывает опыт авторов, в среднем срок производства экспертизы (от начала ознакомления с постановлением и материалами дела и до момента выдачи заключения) составляет 10–20 дней (в зависимости от сложности исследования).

6.3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЭКСПЕРТА-ПСИХОЛОГА

Закон предоставляет эксперту ряд прав, которые являются важнейшими юридическими гарантиями добросовестности его экспертных исследований и правдивости даваемых заключений.

Проводить психологическую экспертизу следует при наличии общего основания к ее назначению, а выбор вида экспертизы зависит от специфики правовой природы дела, рассматриваемого судом.

Итак, в первую очередь нужно знать основание, по которому назначена психологическая экспертиза, и уметь отличать его от оснований назначения других видов экспертиз по определению психического состояния лица. Но общего законодательно установленного основания производства судебных экспертиз (необходимость в специальных познаниях для разъяснения возникающих при рассмотрении дела вопросов) недостаточно. Необходимо его конкретизировать. Опираясь на имеющиеся в психологии разработки, таким основанием следует считать наличие у суда (судьи) сомнений в способности гражданина (субъекта) правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела.

Успешная деятельность эксперта-психолога зависит от обеспечения его необходимыми материалами. С этой целью закон наделил эксперта правом заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для дачи заключений. Подобное ходатайство эксперт может (устно или письменно) заявлять как в момент объявления постановления о назначении экспертизы, так и в ходе ее производства. Необходимо, чтобы эксперт указал, какие именно дополнительные материалы и для производства каких исследований ему нужны.

Эксперт-психолог, не получивший всех необходимых материалов, в письменной форме сообщает лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение до получения материалов в полном объеме. Если требование эксперта не удовлетворяется, то материалы экспертизы остаются без исполнения.

Эксперт имеет право знакомиться с обстоятельствами уголовного дела, связанными с предметом экспертизы. Это ограничение вполне оправдано, ибо ознакомление эксперта со всеми без исключения материалами дела может способствовать предвзятости его суждений, порождать тенденцию к решению вопросов не на основе изучаемых признаков, а путем оценки имеющихся в деле доказательств.

Эксперт вправе указать в своем заключении на установленные им обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы. В заключении могут быть отмечены только те данные, установление которых входит в компетенцию этого вида экспертизы. Обо всех иных данных, обнаруженных экспертом по собственной инициативе, он может сообщить в письме на имя лица, назначившего экспертизу.

Вопрос об участии эксперта в следственных и судебных действиях может быть рассмотрен и по ходатайству участников процесса, и по инициативе органа, осуществляющего производство по делу, когда предмет соответствующего действия связан с предметом или с содержанием экспертизы. Противоречит закону практика самостоятельного собирания экспертом по собственной инициативе или по указанию органа, назначившего экспертизу, дополнительных материалов.

Если эксперт делает следователю какие-либо замечания, заявления или возбуждает ходатайства, связанные с проведением экспертизы, то об этом составляется протокол.

В ходе допроса эксперт вправе изложить свои показания. Он вправе давать заключения, показания, делать заявления и возбуждать ходатайства на родном языке и пользоваться услугами переводчика.

Процессуальное положение экспертов – работников экспертных учреждений и иных лиц, назначенных экспертами, одинаково. Однако эксперт, не состоящий в штате экспертного учреждения, имеет право на вознаграждение за производство экспертизы в рамках, установленных специальными инструкциями. Вознаграждение нештатным экспертам выплачивается за проведение экспертизы согласно заключенному договору.

Эксперты имеют право совещаться между собой перед дачей заключения. Эксперт, не согласный с мнением остальных членов комиссии, составляет отдельное заключение. Таким образом, если мнения экспертов-психологов разделились, то по поводу одного и того же подэкспертного составляются два (или более) заключения.

Предоставляя широкие возможности в обеспечении условий, необходимых для успешного производства экспертизы, закон налагает на него и определенные обязанности. Прежде всего эксперт обязан по предложению лица, производящего дознание, следователя или суда провести исследование, дать заключение, а в ряде случаев – объ-

яснения в связи с производством экспертизы. При неявке по неуважительной причине эксперт может быть подвергнут приводу.

В уголовно-процессуальном законодательстве сформулировано положение о том, что эксперт дает заключение от своего имени и несет за него личную ответственность. Именно поэтому каждый член комиссии экспертов, не пришедших к единому мнению, дает свое заключение отдельно.

Если перед экспертом ставятся вопросы, выходящие за пределы его компетенции, то он должен отказаться от их решения и уведомить об этом в письменном вице лицо, назначившее экспертизу. Иначе должно быть мотивировано неисполнение полученного задания в случаях, когда поставленные вопросы выходят не за пределы компетенции эксперта, а за пределы его специальных познаний. Эксперт обязан в письменной форме сообщить лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дать свое заключение.

Лицо, назначаемое экспертом, обязано сообщить следователю (лицу, производящему дознание), прокурору, суду, руководителю экспертного учреждения об обстоятельствах, исключающих возможность его участия в данном деле. Ему, в свою очередь, разъясняются основания для самоотвода.

Объективность заключения означает, что его дает лицо, не заинтересованное в исходе дела, на основе специальных познаний и оценки по внутреннему убеждению результатов исследований в совокупности. Нарушением этого требования является дача заключения при недостаточности данных или на основании материалов дела, исследование и оценка которых не входят в компетенцию эксперта, неприменение апробированных или применение опровергнутых или непроверенных методик.

В случаях, когда ведомственными актами предусматривается перечень обязательных действий эксперта и (или) обозначается круг способов и метод исследования, которые должны быть обязательно применены, эксперт обязан выполнить такие требования и оговорить это в заключении, иначе возникают сомнения в полноте и достоверности выводов.

На эксперте лежит обязанность обеспечить сохранность объектов экспертизы и их неизменность, поскольку это совместимо с заданиями.

Необоснованное предание огласке данных предварительного следствия может существенно осложнить решение задач производства по уголовному делу и повлечь за собой нарушение прав и законных интересов граждан. В отличие от судебного разбирательства гласность на предварительном следствии ввиду специфичности последнего допустима лишь в строго ограниченных пределах. Разре-

шение на предание огласке материалов предварительного следствия в определенном объеме дается правомочным следователем или прокурором в письменной форме. Такое разрешение целесообразно оформлять в виде отдельного постановления с указанием, кто именно, какому кругу лиц, какие материалы предварительного следствия (в каком объеме) и в какой форме может предавать огласке. Следователь вправе получить подписку о неразглашении данных предварительного следствия у эксперта-психолога. За дачу заведомо ложного заключения эксперт подлежит привлечению к уголовной ответственности. Под заведомо ложным подразумевается неправильное заключение, данное умышленно. В случае менее серьезных упущений и нарушений возможна постановка вопроса о дисциплинарной ответственности эксперта или применении к нему мер общественного воздействия. Неполнота или некачественность заключения могут быть учтены также при определении размера вознаграждения эксперта.

При нарушении порядка в зале судебного заседания эксперт может быть удален; наложение штрафа законом не предусмотрено.

6.4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОДЭКСПЕРТНОГО (подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, свидетеля, потерпевшего)

Потерпевшим признается лицо, которому преступлением нанесен моральный, физический или имущественный ущерб, но только после того, как дознаватель, следователь или судья вынесет постановление или определение о признании гражданина потерпевшим.

В качестве свидетеля для дачи показаний может быть вызвано любое лицо, которому могут быть известны какие-либо обстоятельства, подлежащие установлению по уголовному делу.

Не могут допрашиваться в качестве свидетеля защитник обвиняемого, адвокат, представитель общественной организации об обстоятельствах дела, которое стало им известно в связи с выполнением ими своих обязанностей, а также лицо, которое в силу своих физических или психических недостатков не способно правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

6.5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ ПО ДЕЛУ

Оценка способности несовершеннолетних давать показания по делу – один из наиболее сложных видов экспертных исследований. Существует точка зрения, согласно которой необходимо подвергать психологическому обследованию каждого несовершеннолетнего допрашиваемого, а также проводить психиатрическое освидетельствование даже если подросток считается психически здоровым.

Внимание, восприятие, память, мышление, речь несовершеннолетнего отличаются не только количественными, но и нередко качественными параметрами. По поводу способности подростков давать показания о криминальных событиях высказываются две полярные точки зрения. Согласно одной из них несовершеннолетние не могут давать правдивые показания до 16 лет, и, следовательно, их свидетельствам не следует доверять. Другие переоценивают реальные возможности подростков.

Точка зрения о недоверии сейчас подвергается аргументированному сомнению. Существуют три проблемы, позволяющие сомневаться в этой способности несовершеннолетних:

1) склонность несовершеннолетних к фантазированию;

2) более высокая внушаемость;

3) склонность к конфабуляциям.

В.В. Гульдан, например, считает, что несовершеннолетние от 12 лет способны давать столько же информации при свободном рассказе, сколько и взрослые, и не склонны к изменению показаний по наводящим вопросам.

М.М. Коченов указывает, что при качественном, правильно построенном допросе от несовершеннолетнего можно получить достаточно подробные показания даже о событиях, смысл которых ему непонятен, но существует определенная специфика при оценке данных показаний следователем и судом.

М.В. Морозова дает определенный качественный и сравнительный анализ характеристик способности несовершеннолетних к даче показаний. Такие криминальные ситуации, как убийство, телесные повреждения, сексуальные правонарушения, превышение служебных полномочий, способны правильно воспринимать несовершеннолетние в возрасте от 6 до 16 лет, но несовершеннолетние в возрасте до 14 лет понимают только внешнюю сторону происходящего, а от 14 лет – уже и внутреннюю, содержательную. Кроме того, у несовершеннолетних существуют определенные ограничения по воспроизведению полученной информации: временные и ассоциа-

тивные смещения, элементы замещения, контаминации, но в любом случае у подростков с нормальным развитием потенциальная способность давать показания полностью сохранена.

Ограничение этой способности наблюдается у подростков с какими-либо психическими аномалиями. На эту способность также влияют посткриминальная ситуация и личностные особенности подростка. М.В. Морозова выделяет четыре группы факторов, совокупность которых ограничивает потенциальную способность и возможность несовершеннолетних к даче показаний по делу: возрастные, личностные, ситуационные и дизонтогенетические. На детей до 12 лет влияют только ситуационные (криминальные) и возрастные факторы, на подростков – и личностные, и возрастные, и ситуационные (посткриминальные) факторы. На несовершеннолетних с аномалиями психического развития влияют дизонтогенетические факторы.

В практике довольно часто несовершеннолетние изменяют показания или искажают факты, что очень затрудняет следствие по делу, поскольку несовершеннолетний не несет ответственности за дачу заведомо ложных показаний. Несовершеннолетнему приходится подробно разъяснять необходимость дачи правдивых показаний, последствия ложных показаний, повторять вопросы при допросе, задавать улавливающие вопросы, если он умышленно искажает факты, чтобы избежать ответственности или под воздействием других заинтересованных лиц. Он часто стремиться играть на публику, бравируя, доказывая авторитет.

Психологи в настоящее время однозначно считают, что данные психологии не позволяют определить степень достоверности показаний, особенно у несовершеннолетних, в силу особого восприятия ими окружающего мира, когда сами они порой не могут четко отграничить реальность от фантазий. Психологические основы допроса несовершеннолетнего подозреваемого – это специфические особенности, присущие допросу данного лица и проявляющиеся в использовании психологических закономерностей его личности, процесса формирования его показаний, установления контакта с ним и воздействия на него с помощью определенной совокупности тактических приемов.

Психологические особенности несовершеннолетнего, имеющие значение для уголовного судопроизводства

Многие авторы – исследователи данной проблемы отмечают многообразие психологических особенностей несовершеннолетних. Д.М. Лосев предлагает в процессе уголовного судопроизводства учитывать:

1) общие психофизические особенности несовершеннолетнего в возрасте 14–17 лет;

2) типологические черты психологии личности несовершеннолетнего правонарушителя;

3) типологические особенности психологии, связанные с процессуальным положением несовершеннолетнего обвиняемого (подозреваемого);

4) личностные свойства несовершеннолетнего обвиняемого.

Н.Ш. Сафин выделяет три группы особенностей: возрастную, процессуальную и социально-психологическую характеристики личности несовершеннолетнего обвиняемого. Последняя группа, в свою очередь, содержит особенности: общие (типологические) черты несовершеннолетнего, индивидуальные (черты восприятия) и единичные (особенности микросреды). По мнению этого автора, нельзя судить о личности несовершеннолетнего подозреваемого на основании его слов.

Подростковый возраст – время глубоких внутренних переживаний, происходящих на фоне межличностных конфликтов, физиологических изменений. В целом для данного периода характерна эмоциональная насыщенность. Нравственные ориентиры, установки еще не выработались, общественные стереотипы поведения не усвоились, собственное место в обществе, своя роль не уяснены.

Подростку присуща категоричность суждений (белое или черное), как правило, нет полутонов, полуоттенков и в то же время характерны приниженная оценка многих ценностей, неосознание значимости, полезности даже самого себя.

Подростки склонны к аффектам, которые у них более быстротечны и внезапны, чем у взрослых, но более устойчивы, чем у детей.

Особенность правонарушений несовершеннолетних – частая их немотивированность, внезапность возникновения умысла. Психологическую основу антиобщественного поведения несовершеннолетних составляют поверхностные и искаженные нравственные и правовые представления и взгляды, отсутствие четких жизненных планов, ограниченность интересов, внутренняя противоречивость интеллектуальных, эмоциональных и волевых свойств личности правонарушителя.

В качественных особенностях несовершеннолетнего как участника процесса нужно учитывать следующие процессы.

Акселерация – ускоренное психофизиологическое развитие нынешних поколений по отношению к предшествующим. Общее развитие молодежи, индивидуальное ускорение развития отдельных подростков (включает не только ускорение полового созревания, но и физиологического и физического), психологическая дисгармония влечет резкую неуравновешенность нервной системы и чувств несовершеннолетнего, вызывает особые реакции и сказывается на особенностях характера.

Определенный уровень интеллектуального развития несовершеннолетнего всегда является индивидуальным, но иногда в зависимости от условий жизни психическое развитие молодого человека не соответствует его возрасту. Задержка психофизиологического развития, его несоответствие фактическому возрасту несовершеннолетнего называется инфантилизмом.

Возрастные особенности нередко выступают в качестве катализатора конфликтности в сложных объективных условиях. Жизненный опыт несовершеннолетнего намного беднее, половая зрелость наступает раньше физической, психологической и социальной, т.е. наблюдается значительный разрыв между общей и половой зрелостью.

Кроме вышеперечисленного, нужно учитывать: особые интересы подростков, интимно-личностные отношения между ними, отличающиеся увлеченностью друг другом; четкую направленность личности подростка, в основе которой лежит доминирующая система мотивов (мотивация), поглощающая и определяющая все иные мотивы; противоречивость чувств подростка, повышенную возбудимость. Как, например, считает М.Р. Гинзбург, подростковый период – период самостандартизации, включения своего «я» в конкретные роли, в силу чего потребность в обретении чувства идентичности настолько остра, что несовершеннолетний может решить эту проблему, став делинквентом, лишь бы не остаться без идентичности.

6.6. КОМПЛЕКСНЫЕ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧАСТИЕМ ПСИХОЛОГА

Проведение экспертизы коллективом экспертов в сфере правоохранительной деятельности получает все большее распространение. Центральной и наиболее сложной задачей при этом является отбор экспертов для включения их в группу с учетом требований, вытекающих из характера и числа поставленных перед экспертизой вопросов.

Возникновение комплексных экспертиз представляет собой закономерный результат научно-технического прогресса, естественный и необходимый процесс, порождаемый постоянным углублением междисциплинарных связей.

Если для получения ответа на поставленные вопросы необходимо привлечение знаний из области смежной науки, то в заключении может быть изложено предложение экспертов-психологов назначить комплексную психолого-психиатрическую, медико-психологическую, психолого-техническую или другую экспертизу.

В ходе развития научных знаний дифференциация и интеграция наук диалектически взаимосвязаны: первый процесс непрерыв-

но приводит к все более узкой специализации научных знаний, второй вызывает постоянное взаимодействие их различных областей, определяет взаимное проникновение и синтез наук.

Сущность комплексной экспертизы состоит в решении задач, пограничных для разных классов, рядов и видов судебных экспертиз. Анализ литературы позволяет утверждать, что комплексная экспертиза – понятие многоаспектное. В нем можно выделить процессуальную, методическую, организационную и гносеологическую стороны. К основным признакам, позволяющим говорить о комплексной экспертизе, относится использование специальных знаний, составляющих основу профессиональной подготовки экспертов, представляющих различные виды, роды и классы судебных экспертиз.

В литературе нет единой точки зрения по поводу того, насколько близки должны быть комплексируемые научные знания. По мнению одних ученых, назначение и производство комплексных экспертиз возможно лишь в случаях, когда необходимы познания в сфере пограничных, смежных, родственных наук. Иные считают допустимым использование при производстве экспертизы данных самых различных, далеко не смежных наук, так как при расследовании преступлений часто возникают ситуации, требующие знаний различного профиля. Практика проведения в настоящее время различных экспертиз подтверждает правоту последней точки зрения.

Иногда комплексной экспертизой ошибочно называют экспертизу, проводимую несколькими специалистами самостоятельно, независимо один от другого. Они решают вопросы, но излагают свои выводы в одном документе. Для комплексной экспертизы важно, чтобы каждый поставленный вопрос решался с применением знаний из нескольких смежных наук.

В действующем уголовно-процессуальном законодательстве производство комплексных экспертиз не предусмотрено, но, несмотря на это, они получают все большее распространение. Это объясняется высокой эффективностью экспертизы, широкими возможностями совокупного, синтезированного применения знаний из различных областей науки и техники.

Комплексная экспертиза имеет ряд особенностей. Во-первых, в ее производстве участвуют несколько экспертов различных специальностей (специализаций), функции которых в процессе исследований разделены. В отличие от обычной (однородной) экспертизы, где все эксперты принимают равное участие в процессе исследований, здесь каждый эксперт может исследовать лишь объекты, относящиеся к его компетенции, и применять методы, которыми он владеет. Отсюда вытекает и другая особенность комплексной экспертизы – общий вывод дается по результатам, полученным» различными

экспертами. Причем в формулировании конечного вывода могут участвовать не все эксперты, проводившие исследования, а только те, кто компетентен в общем предмете исследования.

При комплексной экспертизе иначе решается вопрос и о личной ответственности эксперта заданное им заключение. Каждый эксперт несет личную ответственность за ту часть исследований, которую он провел, и за полученные им результаты. При формулировании общих выводов имеет место своего рода условная ответственность эксперта: он отвечает за правильность выводов, в формулировании которой он участвовал, при условии, что использованные им результаты исследований, проведенных другими экспертами, тоже верны.

Иногда потребности практики опережают возможности теории, т.е. речь идет о том, что в системе психологических наук не всегда можно найти отрасль, которая бы соответствовала задачам конкретной экспертизы. В частности, это бывает тогда, когда объект экспертного исследования оказывается сложным по структуре. В таких случаях назначается комплексная экспертиза, в которой одной из отраслей используемого знания выступает психология. Основанием для подобных экспертиз служит объективный процесс взаимодействия наук по предмету и методу исследования.

Юридическим основанием для производства комплексной психологической экспертизы является постановление следователя и определение суда о ее назначении.

Вопросы правильного оформления назначения комплексной психологической экспертизы особенно актуальны. В литературе высказывались мнения о возможности производства комплексных экспертиз по инициативе экспертных учреждений. Эта точка зрения была подвергнута справедливой критике, поскольку подобная практика противоречит закону, ибо существенно ущемляет интересы обвиняемого. Обвиняемый должен быть ознакомлен с постановлением о назначении экспертизы и имеет право заявлять отводы экспертам, просить о назначении экспертов из числа указанных им лиц, представляет дополнительные вопросы для получения по ним заключения экспертов и др.

В постановлении (определении) о назначении комплексной психологической экспертизы указывается учреждение, которому поручено ее проведение. В случае, когда производство комплексной психологической экспертизы поручается нескольким учреждениям, указывается, какое из них является ведущим – осуществляющим организацию экспертизы и координацию проводимых специалистами исследований.

Важно заметить, что заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (часто называемой также актом) подписывается всеми экспертами – и психиатрами, и психологами.

VII. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

7.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран. Согласно, которому реабилитация является системой государственных, социально медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация – система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждениях для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития.

Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Правильное, рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного больного влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных тяжелых хронических заболеваний, в том числе в полном или частичном восстановлении трудоспособности.

По определению ВОЗ, реабилитация – это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего – личностный подход к больному человеку (Кабанов). В настоящее время принято различать медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Психологическая реабилитация включает в себя мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе.

Рассматривая психологическую реабилитацию как функцию психотерапии и психологической коррекции, нам приходится говорить о ней как о психологическом (психотерапевтическом) вмешательстве.

Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляцию, вербализацию, конфронтацию, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии).

Психологические интервенции характеризуются:

1) выбором средств (методов);

2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация);

3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений;

4) теоретической базой (теоретическая психология);

5) эмпирической проверкой;

6) профессиональными действиями.

Рассмотрим основные характеристики реабилитационно-психологических интервенций. Методы психологических интервенций – это психологические средства, которые выбирает психолог. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом и психологом. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения)

или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Цели реабилитационно-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Реабилитационно-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели, так и на конкретные, более близкие цели. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия. Теоретическая обоснованность реабилитационно-психологические интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана, прежде всего, с изучением их эффективности, они должны всегда осуществляться профессионалами.

Психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии.

На рисунке определены основные функции реабилитации, которые совпадают с функциями психотерапии. Но не нужно при этом смешивать психотерапию и реабилитацию. Психотерапия исправляет или корректирует недуг, реабилитация помогает адаптироваться в среде.

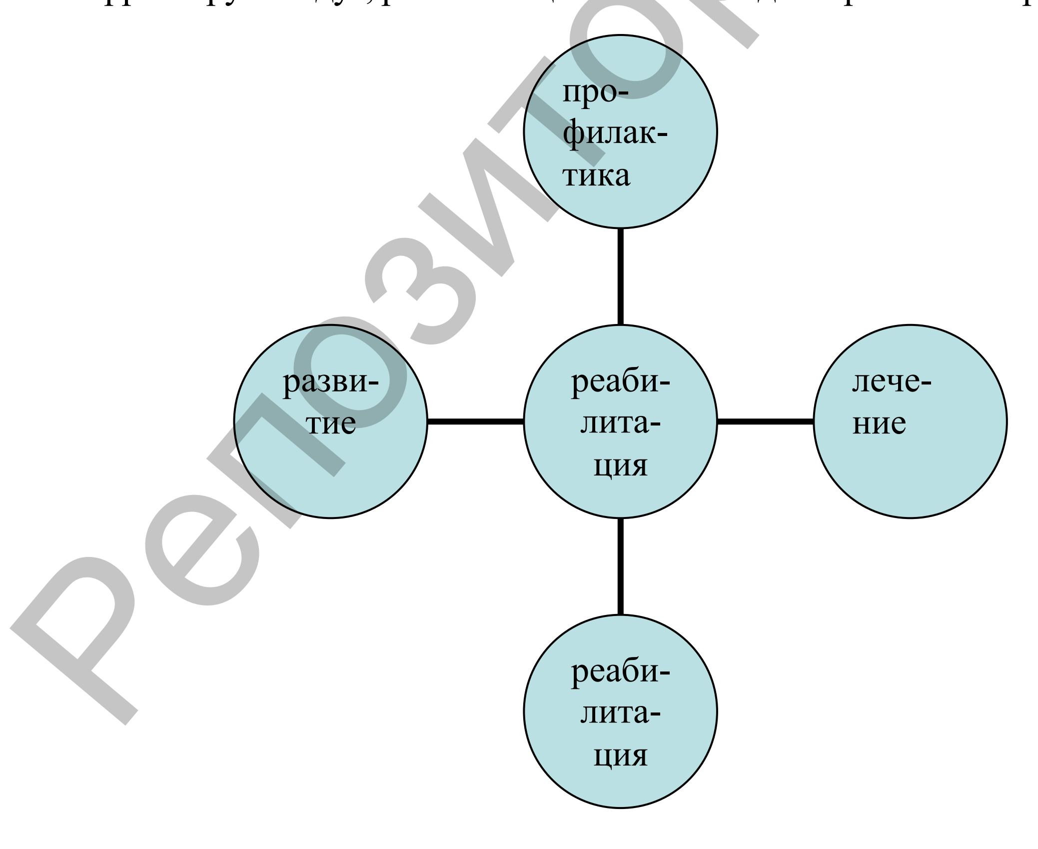


Рис. 1.

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин психологическая коррекция получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологии стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием психологическое вмешательство ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие. Они реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция может быть направлена на решение задач профилактики, лечения и реабилитации. Психологические вмешательства (реабилитационно-психологические вмешательства), как уже указывалось ранее, также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью реабилитации, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают.

7.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Психолог не в состоянии изменить природные и социальные условия жизни личности. Это задача политиков, экологов, социальных работников и других специалистов, влияющих на изменение среды обитания человека. Сфера влияния психолога ограничена воздействием на внутреннее пространство жизни отдельного человека. При этом центром этого внутреннего пространства является самосознание.

Ф. Месмер считал, что в основе психических нарушений лежит неравномерное распределение в организме особого рода «животной энергии» – флюида. Врач путем специальных воздействий на организм добивается гармоничного распределения флюида, что и ведет к излечению.

С середины XIX века термин «животный магнетизм» был заменен на более адекватный тому психосоматическому состоянию, в которое погружается пациент во время взаимодействия с врачом, – гипноз. Впервые этот термин ввел в научный обиход Д. Брейд, пытавшийся обнаружить физиологические корреляты психологического состояния, возникающего во время гипнотического сна. Главными факторами в гипнотических явлениях считались внушение со

стороны врача и чувствительность к нему со стороны пациента (внушаемость). Работы И. Бернгейма, Ж. Шарко и их последователей вышли далеко за рамки гипнотических феноменов и подготовили почву для возникновения психоанализа.

Основоположник психоаналитической теории З. Фрейд был первым, кто увидел за феноменами гипноза психическую реальность внутреннего мира человека и сумел теоретически обосновать целостную систему психологической помощи личности. Результаты его исследований, посвященных этой теме, совершили настоящую революцию в психологической науке и впервые дали возможность психологам оказывать практическую помощь людям в решении встающих перед ними психологических проблем.

Основным принципом психоаналитической работы с людьми З. Фрейд считал принцип перевода бессознательных влечений под контроль сознания. Осознав свои внутренние конфликты, личность, по мнению З. Фрейда, избавится от иллюзорных представлений о себе и мире и сможет самостоятельно решать встающие перед ней жизненные проблемы. По его мнению, «психоаналитическое лечение» является чем-то вроде «довоспитания» и способствует личностному росту и развитию. Но новое знание о себе и мире не может быть передано человеку «путем сообщения, это не имеет никакого успеха... Знание должно быть основано на внутреннем изменении, которое может быть вызвано лишь психологической работой с определенной целью». В качестве такой цели для психоаналитика выступает поиск вытесненных в бессознательное сексуальных влечений к родителям, раскрытие перед пациентом сопротивлений этим поискам, преодоление сопротивлений, уничтожение вытеснения и «превращение бессознательного в сознательное». Психоаналитик в процессе взаимодействия с пациентом оживляет старый конфликт вытеснения, «подвергая пересмотру завершившийся тогда процесс», и, таким образом, помогает человеку взять под сознательный контроль свои влечения.

В противовес классическому психоаналитическому методу, который можно назвать редуктивным, основатель «аналитической психологии» К. Юнг разработал так называемый конструктивный метод.

К. Юнг в аналитической работе выдвигает на первый план помощь личности в осознании заложенных в самосознании личности бессознательных ориентаций на реализацию в окружающем мире своей действительной сущности, определяемой им как самость».

Он придавал исключительно важное значение роли фантазии в функционировании самосознания личности: «фантазия является той плодородной почвой, на которой выросло все, что когда-либо двигало жизнью человека и развивало ее». В этом его отличие от

З. Фрейда, который считал фантазию лишь символическим покровом, за которым скрывается то, что является «изначальным... влечением». В процессе аналитической терапии, как полагал К. Юнг, «если... толковать фантазии герменевтически, как настоящие символы, то они, несомненно, помогут нам внести гармонию в нашу жизнь и согласовать ее с внутренними запросами».

Заслугой А. Адлера является акцентирование внимания на роли собственной активности личности в преодолении имеющих место отклонений в самосознании. Он считал, что индивид является... и картиной, и художником. Он художник своей собственной личности, но как художник он не является, ни работником, не совершающим ошибок, ни личностью, полностью понимающей разум и тело; они слабое... способное на ошибки и несовершенное человеческое существо». Задачей психотерапии является помощь личности в этой работе. Психолог помогает человеку осознать социальные ценности и таким образом преодолеть присущее ему чувство неполноценности, реализовать «индивидуально-личностный план жизни».

Важный вклад в понимание роли переживаний в психотерапии отклонений в самосознании личности внесла К. Хорни.

Разделяя методические подходы З. Фрейда, она акцентировала внимание на том, что личность должна не только осознать, но и эмоционально пережить в процессе анализа имеющие место отклонения в самосознании. В отличие от основателя психоанализа, она считает задачей психотерапии не осознание сексуальных влечений, а преодоление «основного беспокойства» посредством принятия своего реального Я, в котором представлен действительный жизненный опыт личности. В конечном счете, по К. Хорни, психолог должен помочь личности реализовать свои потенциальные возможности, самореализовываться.

Огромное влияние на развитие психологической помощи личности оказали теоретические и практические разработки основателя психодраматической терапии Я.Л. Морено. Он первым из психологов стал использовать методы групповой работы с пациентами. Как указывает К. Рудестам, «классическая психодрама это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации, для изучения внутреннего мира клиента… Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации».

Я.Л. Морено полагал, что воспроизведение во время группового занятия в драматической форме ситуации из реальной жизни клиентов помогает им заново в отстраненной форме драматической

импровизации пережить негативный опыт, осознать причины конфликтов и найти пути их преодоления в реальной жизни.

Я.Л. Морено считал важнейшей задачей психолога создание атмосферы доверия и эмоционального комфорта, в которой члены группы могут свободно делиться переживаниями и представлениями, связанными со значимыми событиями их жизни.

К. Роджерс, в разработанной им клиент-центрированной терапии, отказался от важнейшего понятия психоанализа – перенесения. Он считал, что оно не отражает психологической сущности взаимодействия психотерапевта и клиента. На место этого понятия он ввел понятие эмпатического слушания, заключающегося в сосредоточенности психотерапевта на «положительном восприятии внутреннего мира пациента». Он полагал, что «личностному развитию способствует ощущение того, что тебя понимают».

Другим важным фактором психотерапии, согласно К. Роджерсу, является, безусловно, позитивное отношение к клиенту. Оно базируется на убеждении К. Роджерса в том, что «у каждого человека есть потенциальные возможности для понимания и изменения себя в позитивном направлении». Внешними проявлениями, безусловно, позитивного отношения являются интонация психотерапевта, выражение его лица и глаз.

К. Роджерс обязательным считал также искренность психотерапевта, неподдельное выражение им своих реакций на мысли и чувства клиента: «Я могу быть самим собой и... позволяю другому человеку быть самим собой».

Важным представляется рассмотрение взглядов на психотерапию Ф.С. Перлза. В разработанном им методе гештальттерапии посредством специальных психотехнических приемов человек актуально, то есть «здесь и теперь», переживает и осознает свой внешний и внутренний опыт. Как полагал Ф.С. Перлз, в этом процессе личность должна обнаружить в своих переживаниях и представлениях границу между собой и окружающим миром, между собой и другими людьми, между своим прошлым, настоящим и будущим. Главной целью гештальттерапии Ф.С. Перлз считал помощь личности в достижении психологической зрелости, когда она, благодаря структурированию в самосознании переживаний и представлений о себе в соотнесенности с окружающим миром, становится способной взять на себя ответственность за свою жизнь.

Долгое время считалось, что психотерапия является исключительной прерогативой медицинских работников, поэтому исследования психологов на эту тему были посвящены изучению медицинских аспектов психотерапии. Был даже предложен специальный термин, описывающий работу психолога – психологическая коррекция.

Как отмечает А.С. Спиваковская, отличие психотерапии от психологической коррекции состоит в том, что психотерапия – это метод лечения, а психологическая коррекция – метод профилактики. В разработанной ею системе психологической коррекции детей, предрасположенных к неврозам, коррекция рассматривается «как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска, направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, и на воссоздание гармоничных отношений ребенка».

Интересным представляется поуровневый подход к психологической помощи В.В. Лебединского. Он справедливо считает, что такой подход «позволяет, во-первых, точно определить объем и задачи коррекционной работы: выявить пораженный или несформированный уровень, определить психологию в системе межуровневых связей или констатировать определенный тип дисбаланса. …Во-вторых, ... прицельно выбирать приемы психокоррекции и определять последовательность их применения. И, в-третьих, в каждом конкретном случае можно... предсказать динамику... состояния и поведения в целом под влиянием коррекционных воздействий».

В.В. Столин выделяет два вида психологической помощи: психологическое консультирование и неврачебную психотерапию. На наш взгляд, это искусственное деление, так как в психологическом консультировании необходимо психотерапевтическое воздействие, а психотерапия немыслима без консультирования. В то же время кажется совершенно правильным положение В.В. Столина о том, что при воздействии психологических методов на самосознание личности «терапевтический эффект будет проявляться в той мере, в какой психотерапевтический процесс укрепляет или достраивает структуры самосознания и тем самым активизирует и оптимизирует его работу».

В разрабатываемой Л.А. Петровской разновидности социально-психологического тренинга методе перцептивно-ориентированного тренинга – основное внимание уделяется повышению компетентности в общении. Л.А. Петровская считает, что в этом процессе важное значение имеют переживания и представления личности, связанные с отношениями с другими людьми. Она отмечает глубинное субъективное общение, базирующееся на субъективных принципах, составляет и основную среду, в которой протекает работа группы перцептивно-ориентированного тренинга, и основное средство воздействия этой группы на своих участников, и, наконец, основной результат такого воздействия в виде соответствующих новых знаний, умений и опыта в области общения указанного типа.

7.3. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

При психических отклонениях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциалязация, восстановление или сохранение индивидуальной я общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Кабанов относит к основным принципам реабилитации партнерство, разносторонность усилий. При психических отклонениях реабилитация имеет свои особенности, связанные в единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Ее этапами являются восстановительная терапии, реадаптация, реабилитация в собственном смысле этого слова. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстановление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному.

Наиболее адекватно целям реабилитации служит психотерапия. Смягчение проявлений и течения психических заболеваний и расширение возможностей современного психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом точкой приложения психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности человека бесспорна), а личность пациента и система его отношений к действительности.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности, как той, так и другой. Индивидуальная работа с клиентом важна для выявления ею основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психотерапия во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только неврозами, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на ее основные компоненты отношений – познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Груп-

повая психотерапия способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента.

Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации.

1. Терапевтические, направленные на социальное поведение клиента, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объединяют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива клиентов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собрания, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т.п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических и индивидуально-психологических факторов в формирований картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социального окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимости от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и перестройке малоэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразумном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

7.4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психореабилитации становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов. Организаторы психотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения.

1. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется, прежде всего, четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях – рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т.д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии в руках психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, которых лечили с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности лечения лучше проводить на гомогенном материале. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т.д.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т.д.

8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностические благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. В целях объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированной психотерапии.

12. Число повторно исследованных больных в катамнезе по отношению ко всему контингенту лечившихся должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90% от общего их числа.

13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, независимого оценщика (объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т.д.).

15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии клиентов, кото-

рых лечили с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

В то же время в плане оценки эффективности психореабилитации отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона интерперсонального взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности контроля над изучаемыми переменными.

Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотерапия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оценка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный характер. Она неразрывно связана с клинической оценкой изменений, происходящих в человеке, и вследствие этого требует анализа трех аспектов – клинического, индивидуально-психологического и социально-психологического.

Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследования процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы последних лет, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов реабилитационного процесса, но и, в первую очередь, недостаточно четкое определение критериев эффективности, а, следовательно, не достаточно обоснованный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что исследованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные авторами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, являющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, терапевтическая значимость которых, однако, специально не изучается.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии.

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психореабилитации определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психореабилитации должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической, 2) психологической и 3) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Возрастает интерес к разработке критериев и методов оценки эффективности реабилитации при ряде других заболеваний. Так, Гузиков предлагает оценивать эффективность психореабилитации (в частности, в групповой форме) при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев:

- степень преодоления пациентом анозогнозии: это и неспособность признать себя больным алкоголизмом, и нежелание лечиться, и т.д.;
- степень объективности оценки больным своих личностных особенностей, способность к восстановлению самоуважения и др.;

• степень социально-психологической реадаптации, которая определяется характером восстановления нарушенных семейных, производственных и иных отношений клиента.

В исследованиях Воловика, Вида анализируются вопросы эффективности реабилитационных воздействий у больных с малопрогредиентными формами шизофрении. Основными направлениями психореабилитационного вмешательства здесь являются:

1) субъективная оценка состояния и отношение к лечению;

2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания;

3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний;

4) недостаток индивидуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадаптирующих больного.

Для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, – клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические, физиологические методики и т.д.

Необходимо лишь подчеркнуть, что обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует применения при повторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявления отличающихся, однако, от первоначальных, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении заданий.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для оценки эффективности психореабилитации исходят из обычного для психодиагностики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а также из того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические показатели их приближаются к норме. Поэтому основное внимание акцентируется на разности средних показателей психологических методик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. При продолжительной (в течение месяцев, а иногда и лет) терапии динамически изучаются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы, не подвергавшиеся реабилитационному воздействию.

При оценке эффективности психореабилитации больных неврозами, психическими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические ме-

тоды. Установлено, что улучшению состояния больного сопутствует нормализация (или тенденция к ней) психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отношения к прежде патогенным условиям и воздействиям.

Итак, реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Реабилитация – система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждениях для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, и, прежде всего, личностный подход к больному человеку. Различают медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Психологическая реабилитация, как психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии.

Анализ основных теоретических подходов к психологической помощи в отечественной и зарубежной психологии показал следующее.

Во всех рассмотренных нами теоретических и практических подходах к психотерапевтической и психокоррекционной помощи личности, так или иначе исследуется влияние методов психологического воздействия на отклонения в самосознании личности. Следует отметить, что если в зарубежной психологии не производится четкого разграничения между психотерапией и психологической коррекцией, то в отечественной психологии принято различать психотерапию, как систему методов лечебного воздействия на лиц с теми или иными психическими заболеваниями, и психологическую коррекцию, как систему методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

Несмотря на различия во взглядах на теорию и практику психологической помощи общим для всех авторов является выделение в качестве важнейшей составляющей психологического воздействия на личность, как при индивидуальной, так и при групповой формах работы, терапевтического влияния на переживания и представления личности, связанные с отношениями к себе в своей соотнесенности с окружающим миром.

Психотерапия при проведении реабилитации может быть как в индивидуальной форме, так и групповой.

Существует два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации.

1. Терапевтические, направленные на социальное поведение клиента: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейной психотерапии.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива клиентов: совет и собрания, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т.п.

Большинство фактов и закономерностей, полученных в исследовании эффективности работы практических психологов, нуждаются в дополнительной проверке. Реализация предпосылок в четкие критерии эффективности определяется теоретической позицией практического психолога.

Какой бы содержательный критерий эффективности ни анализировался, в любом случае мы имеем дело со следующими группами переменных, характеризующих воздействие:

- субъективно переживаемые клиентом изменения во внутреннем мире,
- субъективно регистрируемые параметры, характеризующие изменения в различных модальностях внутреннего мира человека,
- устойчивость изменений в последующей после воздействия жизни человека.

Поиск критериев эффективности психологического воздействия всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития проблемы, используемых методов воздействия и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

ТАБЛИЦЫ ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Таблица 4.1

Фазы течения психических расстройств[3]

Фаза	Возраст	Потенциальные, влияющие на фазы факторы (ф.): примеры биологических, психологических, социальных, экологических факторов.
1. Пре-, перинатальная фаза	До рождения, рождение	– Биол. ф.: генетические факторы; заболевания матери во время беременности; осложненные роды; – Психол. ф.: непринятие материнской роли; – Соц. ф.: конфликты между партнерами; – Экол. ф.: радиоактивное загрязнение.
2. Фаза развития, фаза социализации	Раннее детство, детство (до взрослого возраста)	– Биол. ф.: инфекции; – Психол. ф.: когнитивные нарушения; – Соц. ф.: качественно неполноценная интеракция с объектами привязанности
3. Фаза до возникновения расстройства (продромальная фаза)		– Биол. ф.: употребление психоактивных веществ; – Психол. ф.: перегрузка на работе; – Соц. ф.: потеря партнера; – Экол. ф.: повышенный уровень шума
4. Фаза после возникновения расстройства		– Биол. ф.: неадекватное назначение медикаментов; – Психол. ф.: недостаток стратегий совладания; – Соц. ф.: атмосфера в семье сообразно концепции «выраженных эмоций»; – Экол. ф.: неадекватные жилищные условия

[3] Данная, как и все последующие таблицы, есть адаптированный вариант, представленный в: Клиническая психология / под ред. М. Перре и У. Бауманна. – СПб., 2002.

Таблица 5.2

Основные психоаналитические защитные механизмы

По представлению Фрейда, Я под влиянием сверх-Я пытается отразить компрометирующие требования инстинктов. В ходе развития человек выстраивает защитные механизмы, чтобы уметь защититься от внутренних раздражителей, то есть не допустить угрожающие раздражители до сознания

Проекция	Желания и чувства, вызывающие страх, экстернализируются и приписываются другим
Отрицание	Потенциально травматическая реальность не воспринимается как таковая
Рациональная	Для проблем, связанных со страхом, ищется разумное объяснение, чтобы избавить их от угрожающего содержания
Реактивное образование	Неприемлемые, угрожающие импульсы нейтрализуются, трансформируясь в свою противоположность (например, агрессия – в заботливость)
Вытеснение	Мысли, образы или воспоминания, вызывающие страх, вытесняются в бессознательное или ставится препятствие для их репрезентации в сознании
Регрессия	Переход какой-то формы психической организации на более раннюю ступень, характеризующуюся более простыми структурами
Сублимация	Приемлемая для данной культуры трансформация сексуальных инстинктов в какую-либо несексуальную, общепринятую сферу (художественную, интеллектуальную, социальную), где они могли бы раскрыться
Идентификация	Решение конфликта происходит посредством перенятия ценностей, мировоззрений и т.д. какого-то другого лица

Таблица 5.3

Матрица функций и плоскостей интервенции (с примерами)

Плоскость интервенции / Функции	Психические функции	Паттерны функционирования	Межличностные системы
Функция развития Гигиена	Тренинг разрешения проблем	Собственный опыт	Коммуникативный тренинг на предприятиях
Профилактика	Тренинг памяти для здоровых пожилых людей	Тренинг переработки стресса	Родительский тренинг для молодых пар
Лечение/терапия (в том числе психотерапия)	Лечение расстройств сна	Когнитивно-поведенческая терапия при депрессии	Семейная терапия детей (дочерей), страдающих анорексией
Реабилитация	Тренинг памяти после ранений головного мозга	Программа лечения при хроническом алкоголизме	Семейная терапия для профилактики рецидивов у пациентов с шизофренией

Таблица 5.4

Фазы исследования интервенции
(для психотерапии – модифицированная версия фаз I–IV испытания медикаментозных средств;
Ср. Muller Orlinghausen & Linden, 1981; Moller & Leimkuhler, 1995)

Исходный пункт. Имеется какой-то новый метод интервенции, созданный на основе клинических наблюдений, теоретических соображений и индивидуального опыта. В случае медикаментов речь идет о новом препарате, разработанном какой-либо фирмой. **Фаза I.** *Ориентировочная фаза.* Это фаза систематического наблюдения и проверки новых методов интервенции, гипотез еще мало, и они представляют собой только общие формулировки. В этой фазе проводятся: изучение отдельных случаев, опыт по аналогии и, в умеренном объеме, исследования групп (иногда без контрольных групп). В случае медикаментов – испытание чаще всего предпринимается на здоровых пробандах. **Фаза II.** *Пилотажная фаза.* На основе полученных в фазе I общих сведений терапевтическое воздействие исследуется с привлечением гипотез. Для этого необходимы комбинированные исследования процесса - успеха с контрольными группами, кроме того, при проверке воздействия следует учитывать и катамнез. Испытание медикаментов проводится на пациентах; среди прочих применяются также двойные слепые исследования. **Фаза III.** *Тестовая фаза.* Речь идет о проверке какого-то метода интервенции в массовом опыте; нередко проводятся объединенные исследования (одна и та же исследовательская методика в нескольких учреждениях; мультицентрические исследования). По окончании фазы III медикаменты уже можно регистрировать и допустить к применению. **Фаза IV.** *Практический контроль.* После того как новый метод интервенции подтвердился в условиях исследования, встает вопрос о его осуществлении на практике; он должен быть проверен (и подтвержден) в текущей работе (ср. гарантия качества); если речь идет о медикаментах, после допуска непрерывно регистрируются возможные нежелательные воздействия с помощью так называемого лекарственного мониторинга.

Таблица 5.5

Данные составления документации амбулаторной психотерапии
(по Laireiter, Lettner & Baumann, 1996, S. 318)

(1) Данные в начале терапии

(1.1) Данные о пациенте (личные данные, например, дата рождения, адрес).

(1.2) Данные анамнеза, включая актуальную ситуацию.

- Биографический анамнез (социализация: например, данные о родителях, братьях и сестрах, жизненных событиях в юности);
- Социальный анамнез (например, партнеры, собственные дети);
- Профессиональный анамнез (например, посещение школы, образование, профессиональное положение);
- Анамнез расстройства (актуального расстройства и других расстройств/болезней, включая соматические болезни; расстройства/болезни в семье).

(1.3) Данные по актуальному расстройству (например, диагноз, симптоматика, проблемные области, психическое состояние, личность; ненарушенные сферы.

(1.4) Данные о психотерапевте.

(1.5) Планирование терапии и цели терапии (например, показания/прогноз, цели пациента/психотерапевта, информированное согласие).

(2) Данные по течению терапии, процессу терапии

(2.1) Данные об отдельных сеансах (в том числе формальные аспекты; интервенции; содержания; домашние задания; оценка качества, отношений, течения со стороны психотерапевта/пациента);

(2.2) Изменения расстройства, течение расстройства;

(2.3) Происходящие между сеансами события (например, смена места работы).

(3) Данные в конце терапии

(3.1) Данные о расстройстве (так же подробно, как и в начале терапии);

(3.2) Оценка результата (измерения изменений; достижение цели; оценка успеха психотерапевтом/пациентом и т.д.);

(3.3) Структура лечения (формальное и содержательное обобщение данных по ходу терапии).

(4) Данные катамнеза

(4.1) Данные о расстройстве (так же подробно как в начале и в конце терапии);

(4.2) Оценка результатов (так же подробно, как в конце терапии);

(4.3) Специфические катамнестические данные (социальная ситуация; взаимоотношения, профессия, жилищная ситуация и т.д.)

Таблица 6.6

Структура психотерапии
(ср. также Kanfer & Grimm, 1980)

Фаза	Цели	Средства
1. Показания	▪ Постановка диагноза ▪ Выбор подходящих терапевтических методов. Медицинская интервенция? Психологическая интервенция? Какие конкретно методы клинико-психологической терапии? ▪ Информация о терапии. ▪ Информированное согласие («informed-consent»	▪ Интервью/анамнез. ▪ Личностные и клинические тесты. ▪ Иногда медицинское обследование
2. Создание терапевтических отношений и объяснение проблемы и целей терапии	▪ Ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли – роли пациента). ▪ Формирование ожидания позитивных изменений. ▪ Создание терапевтических отношений. В случае надобности – объяснение этиологии	▪ Проявление положительного принятия и эмпатии. ▪ Пояснение терапевтических «правил игры». ▪ Терапевтический контакт.
3. Проигрывание терапевтического научения	▪ Систематическое овладение навыками и умениями (поведенческая терапия). ▪ Анализ мотивов поведения и эмоций (психоанализ). ▪ Реструктурирование образа Я (разговорная психотерапия)	▪ Применение конкретных психотерапевтических техник. ▪ Непрерывное наблюдение и оценка течения терапии
4. Оценка до и после окончания терапии	▪ Психодиагностика достижения терапевтической цели. ▪ Гарантия генерализации результатов терапии. ▪ Формальное окончание терапевтических отношений	▪ Беседа. ▪ Диагностические методы. ▪ Сокращение числа терапевтических контактов. ▪ Взаимное соглашение об окончании терапии

Таблица 6.7

Общие цели и их структура в психотерапии
(ср. Oplinsky & Howard, 1986)

Тип цели	Примеры
Цели терапевтического сеанса (ориентированные на терапевтический процесс): конкретные и краткосрочные	▪ Повышение самоэксплорации. ▪ Уменьшение страха при разговоре на табуированные темы. ▪ Адекватное исполнение своей роли в игре. ▪ Следование инструкциям при выполнении упражнения
Микрорезультаты (micro-outcome / post-session): конкретные и краткосрочные	▪ Перестать избегать конкретной повседневной ситуации, избегаемой прежде (например, разговаривать с руководителями). ▪ Научиться лучше понимать, с чем связана конкретная социальная конфликтная ситуация
Макрорезультаты (macro-outcome / post-session): глобальные и долгосрочные	▪ Позитивный образ Я. ▪ Адекватная сила Я. ▪ Адекватное ожидание самоэффективности. ▪ Улучшение коммуникативной способности. ▪ Стабильные и ситуативно актуализуемые умения и навыки

Таблица 7.8

Процессы интервенции
(Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Процессы	Цели и психологические средства для активизации процессов
Самоэксплорация / саморефлексия	Получение новой информации о самом себе и о проблемах: наблюдение, конфронтация, интерпретации / толкования, библиотерапия
Изменение самооценки	Констатация того, как человек чувствует и мыслит о самом себе в отношении какой-то проблемы: прояснение ценностей, работа представления, коррективный эмоциональный опыт
Самоосвобождение	Принятие решения и убежденность по поводу изменения поведения, укрепление веры в способность измениться: терапия принятия решений, логотерапевтическая техника, техника мотивирования
Контробусловливание	Угашение проблемного поведения с помощью альтернативного поведения: релаксация, десенсибилизация, тренинг уверенности в себе, позитивное самоинструктирование
Контроль стимула	Избегание или борьба со стимулами, вызывающими проблемное поведение: реструктурирование окружающих условий (например, запретить себе алкоголь или вредные пищевые продукты), избегание опасных ситуаций риска
Процедуры подкрепления	Самоподкрепление и подкрепление со стороны желательного поведения: договоры о строго определенных рамках поведения, открытое или скрытое подкрепление, самовознаграждение
Отношения помощи	Доверие к тем людям, которые могут помочь: терапевтический альянс, социальная поддержка, группы самопомощи
Облегчение выражения эмоций	Умение обнаруживать и выражать чувства по поводу своих проблем и их решения: психодрама, ролевая игра
Новая оценка окружающих	Определение того, как собственные проблемы отягощают окружающих: тренинг эмпатии
Социальное освобождение	Приобретение или закрепление конструктивного поведения в социуме: выступление за права угнетенных, занятие активной, в том числе и политической, жизненной позиции

Рис. 9.9. **7-фазовая модель диагностического терапевтического процесса**

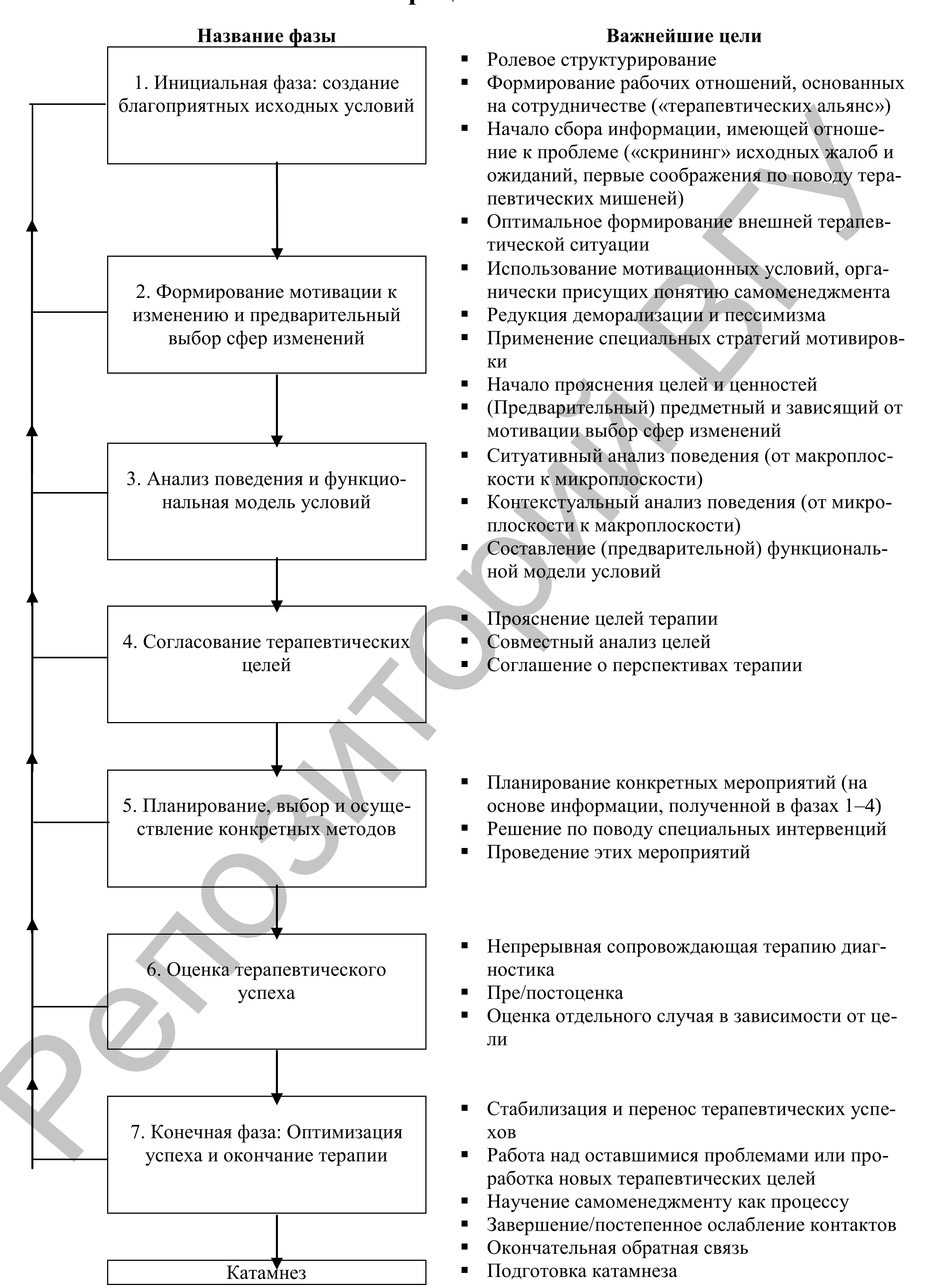


Таблица 9.10

Примеры выбора стандартных программ для различных картин расстройств

Депрессивные расстройства	– Когнитивная терапия депрессии – Когнитивная поведенческая терапия при депрессиях – Преодоление депрессии. Когнитивно-поведенческая групповая терапевтическая программа по P.M. Lewinsohn
Шизофрения	– Групповая работа с родственниками пациентов, больных шизофренией – Интегрированная психологическая терапевтическая программа для пациентов, больных шизофренией
Тревожные расстройства	– Паника: приступы страха и их лечение – Боязнь открытых пространств: треннинговая программа для больных и родственников
Уверенность в себе, социальная компетентность	– Программа поведенческого тренинга для формирования социальных умений – Групповой тренинг социальных умений – Assertiveness Training Programm (ATP). Тренинг уверенного поведения и социальных умений
Партнерские, сексуальные проблемы	– Программа поведенческого тренинга с супругами – Проблемы партнерства: возможности преодоления проблем. Поведенческо-терапевтическая программа для пар – Лечение сексуальных расстройств
Психофизиологические расстройства	– Групповой тренинг, направленный на преодоление психосоматических расстройств – Терапия головной боли – Совладение с болью и болезнью при ревматических заболеваниях
Нарушения пищевого поведения	– Когнитивная поведенческая терапия при нервной анорексии и нервной булимии

Таблица 9.11

Методы поведенческой терапии

Техники контроля над импульсами	Систематическая десенсибилизация (in sensu, in vivo) Градуированное угасание Экспозиция и противодействие реакции Тренинг преодоления страха Методы наводнения Парадоксальная интервенция
Техники контроля последствий	Подкрепление ситуативной реакции Оперантное угасание Ситуативное управление Жетонная система Методы наказания Лишение подкрепления
Техники научения по моделям	Научение по моделям in vivo Скрытое научение по моделям Предъявление символических моделей
Техники самоконтроля	Самонаблюдение Контроль стимула Контроль контингентности Составление договоров
Когнитивные методы	Скрытое обусловливание Когнитивная терапия (А.Т. Бек) Рационально-эмотивная терапия (А. Эллис) Тренинг в решении проблем Тренинг самоинструктирования Тренинг прививки против стресса Стратегия реатрибуции

Таблица 10.12

Навыки говорящего в коммуникативном тренинге

1. Употребление «Я»	Партнеры должны говорить о собственных мыслях, чувствах, желаниях и потребностях только в первом лице. Следует избегать жалоб и упреков
2. Сообщение о своих чувствах	Партнеры должны пытаться эмоционально открыться и формулировать то, что с ними происходит
3. Конкретные ситуации	Говорить надо о конкретных ситуациях или событиях. Обобщений (типа «всегда», «никогда») лучше избегать
4. Конкретное поведение	Обсуждать нужно конкретное поведение партнера, которое воспринимается как нарушающее, избегая при этом приписывания негативных свойств («Ты такой…»)
5. Соблюдение рамок настоящего момента	Партнеры должны пытаться придерживаться темы и дискутировать по поводу «Здесь и теперь», а не углубляться в прошлое и не ворошить старые истории

Таблица 10.13

Навыки слушающего в коммуникативном тренинге

1. Принимающее слушание	Один партнер с полным вниманием выслушивает другого, и выражает свой интерес краткими возражениями или вопросами или невербальными сигналами (кивает и т.д.)
2. Повторение того, что сказал партнер	Партнер должен повторить высказывания другого собственными словами и удостовериться, что они правильно поняли друг друга
3. Открытые вопросы	Если что-то неясно, нужно ставить открытые вопросы, чтобы удостовериться, что содержание сообщенного известия понято правильно
4. Позитивная обратная связь	Если что-то в высказывании партнера понравилось, надо дать понять ему это вербально или невербально
5. Обратная связь о собственных чувствах	Если высказывания одного партнера так задели чувства другого, что тот не в состоянии говорить об этом спокойно, то эти чувства можно высказать

Таблица 10.14

Тренинг решения проблем

1-й этап. Точное описание и определение проблемы	На первом этапе оба партнера должны конкретизировать и подробно и точно описать проблему. При этом следует делать различия между самой ситуацией, ее субъективным значением и собственными реакциями и выработать личное, эмоциональное значение данной проблемы
2-й этап. Поиск возможностей решения	В этой фазе оба партнера должны выдвинуть по возможности больше предложений по решению проблемы. Сначала количество, потом качество. Надо отказаться от какой-либо оценки этих предложений
3-й этап. Поиск наилучшего решения	На этом этапе предложенные варианты оцениваются относительно их качества (личные и социальные, краткосрочные и долговременные последствия) и возможной реализации. Окончательно выбирается лучшее возможное решение
4-й этап. Осуществление найденного решения в конкретном поведении	Партнеры должны попытаться конкретно реализовать предложенное решение и при этом определить, кто, что, когда, с какого времени, где и как делает и какие препятствия можно предусмотреть
5-й этап. Реализация найденного решения в повседневной жизни	В установленный момент времени решение должно быть реализовано
6-й этап. Оценка успеха	Спустя какое-то заранее установленное время партнеры должны оценить, удачным или неудачным оказалось решение проблемы, и, если необходимо, выработать новые предложения. В случае успеха должно произойти закрепление

Таблица 13.15

Обзор важнейших элементарных и сложных функций восприятия в различных модальностях

Область	Функции восприятия
ЗРЕНИЕ	
Элементарные функции	Поле зрения, острота зрения, цвето- и форморазличение, стереопсис; восприятие положения, дистанции и направления
Сложные функции	Узнавание (объектов, лиц, мест и т.д.) Чтение Пространственная ориентация
СЛУХ	
Элементарные функции	Восприятие/различение высоты и громкости звука Пространственный слух
Сложные функции	Восприятие музыки Узнавание (шумов, сигналов, речи)
ОСЯЗАНИЕ	
Элементарные функции	Экстрацептивная чувствительность (восприятие давления, температуры, боли; локализация) Проприоцептивная чувствительность (восприятие положения и движения) Различение признаков объекта (например, размера, формы, качества поверхности)
Сложные функции	Узнавание Пространственная ориентация (положение тела или его частей в пространстве или по отношению к друг другу)
ОБОНЯНИЕ	
Элементарные функции	Восприятие/различение запахов Локализация
Сложные функции	Узнавание
ВКУС	
Элементарные функции	Восприятие/различение вкуса
Сложные функции	Узнавание

Таблица 13.16

Обзор возможных методов лечения основных нарушений восприятия

Область восприятия	Метод лечения
Зрение	
Выпадение поля зрения	Компенсация с помощью движений глаз и головы
Нарушение чтения, вызванное гемианопсией	Компенсация с помощью движений глаз
Пространственное зрение	Восстановление элементарных функций, компенсация моторикой (например, хватание)
Узнавание	Улучшение отбора и использования признаков для идентификации объектов, лиц и т.д.
Слух	
Гиперакузис, гипоакузис	Консультирование/обучение копинг-стратегиям
Узнавание	Консультирование
Осязание	
Экстрацептивная чувствительность	Трудотерапия
Проприоцептивная чувствительность	Замена зрением (субституция)
Ориентация тела в пространстве	
Узнавание	
Обоняние/вкус	
Все функции	Консультация/копинг-стратегия

Таблица 13.17

Обзор основных нарушений зрения, которые могут затруднять чтение

Вид нарушения зрения	Его проявление	Возможное лечение
Парафовеальная потеря поля зрения	Нарушено целостное восприятие слов	Компенсация с помощью движения глаз
Снижение остроты зрения	Нормальный шрифт недостаточен; иногда затруднено узнавание букв	Например, крупный шрифт
Нарушение зрительной ориентации	Потеря ориентации на странице или в пределах строки	Например, линейка для чтения
Зрительная агнозия («чистая» алексия)	Идентификация букв затруднена; целостное чтение нарушено	Восстановление способности различать и узнавать буквы, восстановление целостного чтения

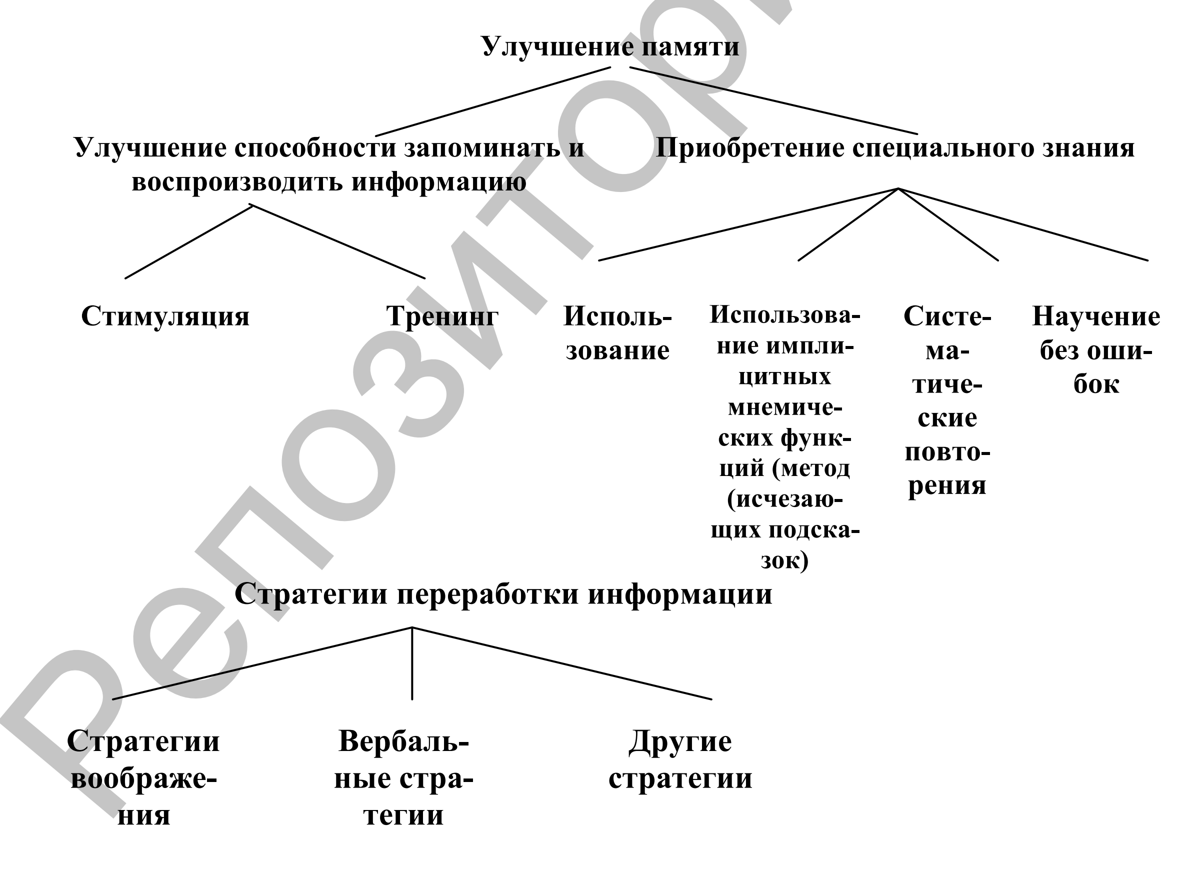


Рис. 14.18. **Цели и методы эксперимента по улучшению компонентов памяти**

Таблица 14.18

Условия возникновения и воздействия эмоциональных расстройств (упрощенная схема)

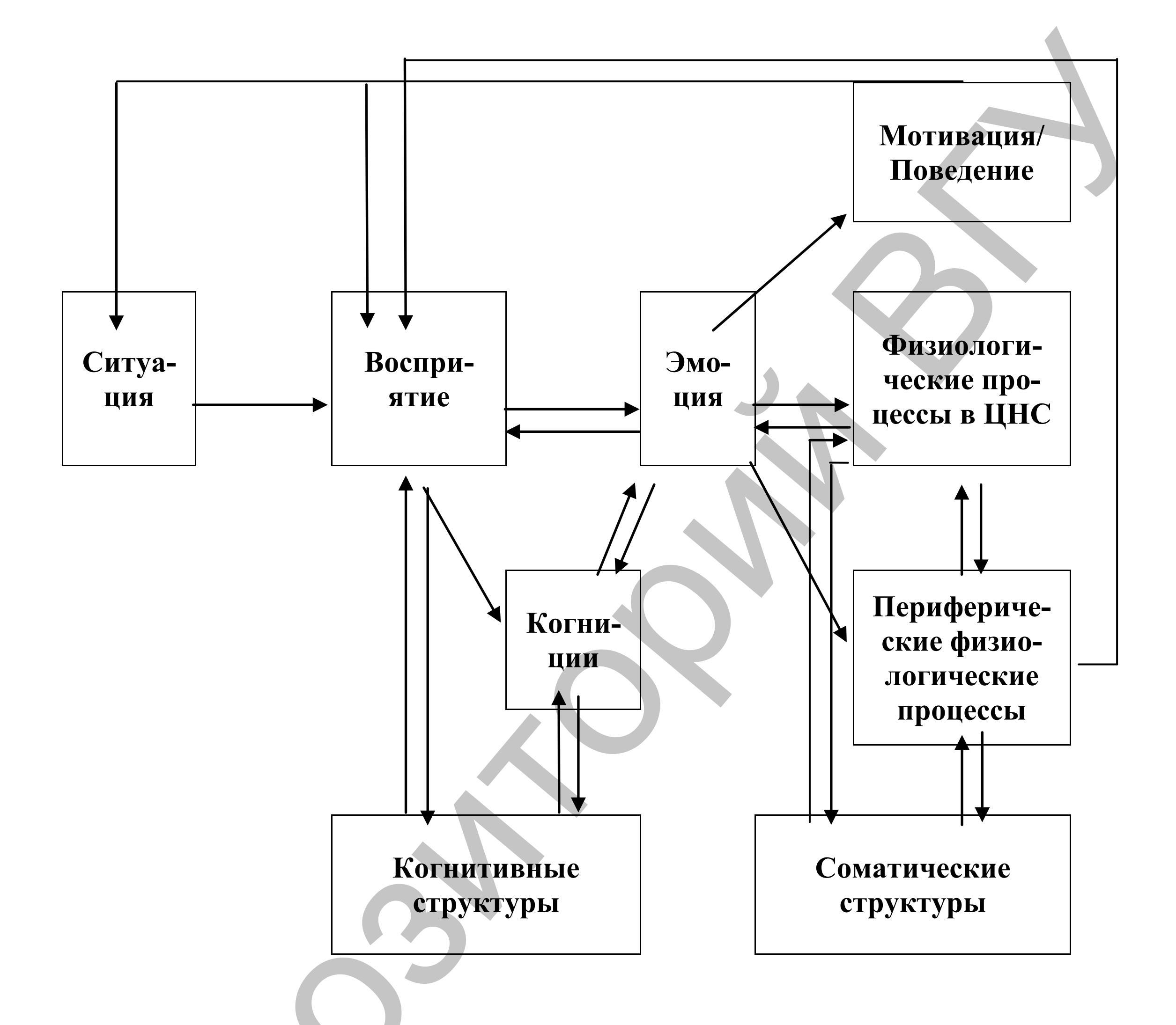


Таблица 15.19

Диагностика расстройства научения

Метод/Автор	Область применения	Краткое описание	Оценка	Критерии качества
Тестирование вербальной памяти (Hansgen & Rosenfeld, 1989)	Выяснение объема вербально-понятийной памяти как возможной предпосылки процесса обучения (для взрослых)	Тестирование осуществляется с помощью компьютера. Прежде всего, за два этапа выучивается список слов. Полученный результат на третьем этапе дестабилизируется за счет наложения нового списка слов, чтобы на четвертом этапе выяснить степень стабильности запоминания у испытуемого	Автоматизирован-ное определение способности непосредственного запечатления и стабильности памяти, а также вида совершаемых ошибок (например, ошибки в синонимах)	Внутренняя надежность (корреляция этапов первого и второго тестирования): 0,79. Имеется дискриминантная валидность. Среднее значение, стандартное отклонение и С-нормирование для здоровых испытуемых, как и для пациентов с нарушениями функций (N=382)
Исследование общей школьной успеваемости для учеников 3-го класса (Fippinger, 1991)	Определение результатов школьного обучения по наиболее важным предметам	Выполнение заданий, например, на арифметический счет, на глубину знания предмета, по работе с текстом	Оценка в сравнении с нормативными, существующими для того или иного учебного предмета	Split half-надежность:[1] 0,94 нормативно по 1785 школьникам (Т-значениям и процентному соотношению)
Диагностический тест правописания для учеников 4-го класса (Grund, Haug & Naumann, 1991)	Определение навыков правописания. Определение нарушения правописания	Предлагается под диктовку вписать 42 слова в текст с пропущенными словами	Подсчитывается количество ошибок и их тип (например, удвоение буквы, удлинение гласного)	Split half-надежность: 0,92 или 0,93. Удовлетворительная критериальная валидность с ошибками при письме нормировано по 2148 школь-

Метод/Автор	Область применения	Краткое описание	Оценка	Критерии качества
				никам (Т-значениям и процентному соотношению)
Опросник выявления практической и социальной самостоятельности детей 4-6-летнего возраста (Duhm & Huss, 1979)	Определение степени развития на примере умывания, одевания, мануальных навыков, социальных контактов	Родители или воспитатели оценивают степень развития ребенка с помощью опросника (состоит из 47 пунктов; пятиступенчатая оценка частоты самостоятельного поведения ребенка)	Оценка по частоте самостоятельного поведения (например, относительно практической самостоятельности, умения обращаться с инструментами и подсобными материалами, установок на трудные ситуации)	Дана факторная валидность. В качестве норм приведены показатели процентной частотности для реализации поведения трех возрастных групп (4–5; 5–6; 6–7 лет) (выборка N=373)

[1] Одним из способов вычисления надежности суммарной шкалы является разбиение суммарной шкалы случайным образом на две половины (Split half) , что позволяет избежать искусственных эффектов

Таблица 16.20

Расстройства мышления и способности решения проблем при некоторых психических расстройствах

Расстройства мышления и способности решения проблем	Психические расстройства
Основные когнитивные расстройства	Шизофрения (DSM-IV 295) Умственная отсталость (DSM-IV 317-319) Аутизм (DSM-IV 299.00) Деменция (DSM-IV 290-294)
Формальные расстройства мышления	Шизофрения (DSM-IV 295) Психотическое расстройство, вызванное злоупотреблением алкоголем (DSM-IV 291.x) Глубокая умственная отсталость (DSM-IV 318.2) Деменция (DSM-IV 290-294) Бред (DSM-IV 297.1)
Содержательные расстройства мышления	Шизофрения (DSM-IV 295) Деменция (DSM-IV 290-294) Психосиндром, связанный с органическим заболеванием мозга (DSM-IV 291.3) Большая депрессия (DSM-IV 296.34) Кратковременное психотическое расстройство (DSM-IV 298.8)
Недостаточная системная регуляция/метакогниция	Легкая умственная отсталость (DSM-IV 317) Нарушение чтения (DSM-IV 315.00) Нарушение счета (DSM-IV 315.1) Затруднения при обучении в общеобразовательной и высшей школах (DSM-IV 62.3) Пограничная область интеллектуальной продуктивности (DSM-IV 309.81) Посттравматическое стрессовое расстройство (DSM-IV 309.81) Острое стрессовое расстройство (DSM-IV 308.3)
Недостаточная способность к образованию понятий/ограниченность когнитивной структурированности	Большая депрессия (DSM-IV 296.xx) Расстройство социального поведения (DSM-IV 312.8) Антисоциальное поведение (DSM-IV V71.01) Алкогольная зависимость (DSM-IV 303.90)

Расстройства мышления и способности решения проблем	**Психические расстройства**
Недостаточная регуляция эмоций	Большая депрессия (DSM-IV 296.xx) Острое стрессовое расстройство (DSM-IV 309.81)
Недосточное понимание проблем	Дефицит внимания/гиперактивность (DSM-IV 314.xx) Расстройство социального поведения (DSM-IV 312.8) Антисоциальное поведение (DSM-IV V71.01) Зависимость от психоактивных веществ (DSM-IV 303.x, 304.x)
Недостаточная компетентность в решении проблемы	Алкогольная зависимость (DSM-IV 303.90) Расстройство социального поведения (DSM-IV 312.8) Антисоциальное поведение (DSM-IV V71.01) Большая депрессия (DSM-IV 296.xx) Дефицит внимания/гиперактивность (DSM-IV 314.xx) Профессиональные проблемы (DSM-IV V62.2)
Недостаток способности усваивать и использовать знания	Умственная отсталость (DSM-IV 317-319) Шизофрения (DSM-IV 295) Расстройство социального поведения (DSM-IV V71.01) Большая депрессия (DSM-IV 296.xx Затруднения в школе и на работе (DSM-IV V62.3)

Таблица 16.21

Пример профилактического тренинга решения проблем для управления стрессом

Цель	Внешняя структура	Сеансы
Тренинга направлен на долговременное совладение с повседневными стрессами. Для этого клиенты обучаются четырем навыкам: ▪ активное определение и формулировка проблемы. Сюда относится сбор релевантной информации, всестороннее понимание проблемы и постановка реалистичных целей; ▪ выработка как можно большего количества альтернативных решений определенных проблем. Чтобы удостовериться, что найдено лучшее решение, должно быть рассмотрено как можно больше вариантов; ▪ в соответствии с пригодностью и согласованностью с собственной системой ценностей принимается решение о выборе одного из рассмотренных вариантов. Это требует оценки последствий решения и осмысления собственных позиций; ▪ реализация шаг за шагом выбранного решения, постоянная проверка собственных действий на предмет того, согласуются ли последствия принятого решения с собственными целями	Клиенты работают вместе с руководителем тренинга в небольших группах по 8-12 человек. Групповые дискуссии происходят в форме познавательного диалога. В качестве непосредственных методик тренинга используются следующие: инструктаж, непосредственная помощь (prompts), примеры или демонстрация (моделирование) решения проблем, тренинг решения проблем в группе, домашнее задание, использование обратной связи (performance feedback), отработка в группе способов позитивного подкрепления и реализации на практике попыток решения, а также использования стратегий моделирования поведения (shaping). Все это вместе взятое позволяет реализовать «решение проблемы под руководством», при котором психотерапевт поэтапно руководит решением конкретных повседневных проблем своих клиентов. В качестве материалов первым делом выдаются опросники, листы самонаблюдений, протоколы, а также письменные разработки (зачастую в форме руководств). Сам тренинг включает восемь циклов, до трех сеансов в каждом. Общая продолжительность тренинга колеблется между 10 и 17 сеансами	▪ *Введение:* задается цель, способ действий и структура тренинга; представляется трансактная модель стресса и провозглашаются общие цели: поддержание здоровья и стиля жизни. ▪ *Ориентация на проблему:* психотерапевт учит, как познать проблему с помощью своих чувств и неудавшихся попыток ее решения; обсуждается модель позитивной и негативной ориентации на решение собственных проблем. ▪ *Контроль эмоций при решении проблем:* обсуждается значение эмоций для поведения во время преодоления проблем; клиенты обучаются приемам самоинструктирования, которыми они могут руководствоваться при поиске решения, технике релаксации и возможностям когнитивного переструктурирования. ▪ *Определение и переформулирование проблемы:* клиенты обучаются собирать объективную информацию и избегать поспешных выводов на основе недостаточной информации. Должен возникнуть углубленный взгляд на проблему. Необходимо учитывать внутренние и внешние требования ситуации, а также возможные препятствия, которые могут возникнуть при решении проблемы. Необходимо избегать нереалистичных постановок цели. ▪ *Формирование как можно большего числа альтернативных путей решения* с помощью процесса,

Цель	Внешняя структура	Сеансы
		аналогичного мозговому штурму. ▪ *Выбор одного из вариантов решения:* лучшим решением считается то, с помощью которого вернее всего можно достичь намеченной цели, максимизировать положительный и минимизировать отрицательный эффект. ▪ *Реализация решения в жизни:* сюда относится реализация выбранного решения, контроль над собственным поведением в процессе решения, а также оценка результатов решения и самоподкрепления. Инструктирование и планирование этих шагов осуществляется в группе, однако реализация производится каждым клиентом самостоятельно. ▪ *Поддержание и генерализация поведения, наблюдаемого в ходе решения проблемы:* полученные навыки и умения в решении проблем должны использоваться и при решении будущих проблем; для этого шаги удачного решения проблемы подкрепляются и клиенту указывают на будущие проблемы, которые можно решить с помощью тех же средств. Формируются позитивные стратегии, предназначенные для решения будущих проблем

Примечание 16.22

Обучение навыкам решения социальных проблем посредством медиаторов

Постановка вопроса

Что получится, если побудить родителей (матерей) обучить детей дошкольного возраста навыкам решения проблем?

Метод

- *Выборка:* участницы отбирались среди 80 матерей, поведение детей (4-5 лет) которых было охарактеризовано воспитателями в детском саду как отклоняющееся от нормы (импульсивное, заторможенное, ограниченные навыки решения социальных проблем). Участие в исследовании оплачивалось. 20 матерей было определено в лечебную группу и 20 матерей - в контрольную. Обе группы были уравнены по навыкам решения проблем матерями, социальной адаптации детей в детском саду, их способности решать проблемы, а также полу, возрасту детей.
- *Формы лечения:*

Тренинг медиаторов: матери приняли участие в десяти трехчасовых сеансах (по одному в неделю), где их учили обучать детей навыкам решения социальных проблем дома в игровой форме. Программа интервенции содержала три части: 1) обучение детей необходимым понятийным или когнитивным предпосылкам решения проблемы (например, понимание своих чувств, понимание мотивов другого, обращение внимания на чувства другого, обдумывание последствий собственного поведения); 2) упражения по формированию у детей навыков решать проблемы (например, выработка решений, критерии адекватного социального поведения); 3) упражнения по формироанию навыков решать проблемы у родителей (например, методы получения информации, генерирование альтернативных решений, техника ведения разговора, направленная на совместное со своим ребенком обдумывание сложных социальных ситуаций).

Контрольная группа: с матерями из контрольной группы тренинг не проводился.

- *Методы исследования:* определение способности находить альтернативные решения и прогнозировать последствия принятого решения проводилось в игровой форме.

Матери интервьюировались относительно стиля воспитания, ориентированного на решение проблем; проводилось тестирование способности продумывать цель и средства в проблемных ситуациях при возникновении проблем с детьми. Тестирование проводилось до и после тренинга.

Результаты

Дети матерей, прошедших тренинг, заметно улучшили навыки решения проблем, они быстрее вырабатывали альтернативные решения и лучше могли предвидеть их последствия. Правда, не улучшилась способность воспринимать проблему на уровне межличностных отношений. Этот прогресс в решении проблем сопровождался улучшенной социальной адаптацией в детском саду. В конце тренинга 71% всех детей диагностировали как «социально адаптированных» (в контрольной группе этот показатель был равен 31%). Матери, прошедшие тренинг, улучшили свое воспитательское поведение, а также свои собственные навыки решать проблемы. Интервенция доказала смысл ее использования в качестве вторичной профилактики.

Таблица 19.23

Основные группы расстройств сна по DSM-IV (МКБ-9-СМ, МКБ-10)

Диссомния: ▪ первичная бессонница (307.42; F51.0); ▪ первичная гиперсомния (307.44; F51.1); ▪ нарколепсия (347; G47.4); ▪ апноэ во сне (380/59; G47.3); ▪ расстройства сна, связанные с нарушением режима сна и бодрствования (307/45; F51.2); ▪ диссомния неуточненная (307.47; F51.9);
Парасомния: ▪ кошмары (307.47; F51.5); ▪ ночные ужасы (Pavor nocturnus) (307.46; F51.4); ▪ нарушения сна, связанные с лунатизмом (307.47; F51.3); ▪ парасомния неуточненная (307.47; F51.8);
Расстройства сна, связанные с другим психическим заболеванием: ▪ бессонница, связанная с другим психическим расстройством (307.42; F51.0); ▪ гиперсомния, связанная с другим психическим расстройством (307.44; F51.1);
Другие расстройства сна: ▪ расстройства сна, связанные с соматическими заболеваниями (780.xx; G47.x); ▪ расстройства сна, вызванные употреблением психоактивных веществ (-; F1x.8)

Таблица 19.24

Порядок постановки диагноза при бессоннице

Метод	Информация/Данные	Цель
Полуструктурированное интервью	Эмоции, когниции и поведение в связи с расстройством сна и его последствиями Анамнез сна Подготовка ко сну Жизненная ситуация	Анализ условий, вызвавших и поддерживающих расстройство
Ведение дневника	Время, проведенное в постели Время засыпания и пробуждения Перерывы сна Качество сна и степень утренней бодрости Принятые лекарства	Дифференциация общих высказываний субъекта о сне
Измерение моторики	Непрерывная запись движения рук Суммарные значения через каждые 7,5 минут	Сравнение фаз покоя/активности с субъективными показаниями
Полиграфические измерения	Электроэнцефалограмма, электроокулограмма (движения глаз), электромиограмма (подбородочная мышца), дыхание, пульс, лабораторные исследования в течение 2–3 ночей.	Диагноз структуры сна и его протекания

Таблица 19.25

Программа терапии расстройств сна
(по Hohenberger & Schindler, 1984, S.59)

Анализ поведения	1-й сеанс	Первое собеседование. Обзор симптоматики; информация о терапии.
	2-й сеанс	Поведение, связанное со сном. Этиология: функциональный анализ конкретных жалоб.
	3-й сеанс	Жизненная ситуация. Систематический анализ различных сфер жизни по компонентам нагрузки; несоответствие между фактическим и должным состоянием; планирование цели.
Терапия. Фаза A	4-й сеанс	Тренинг релаксации. Сообщение информации о сне; тренинг физической релаксации по Джекобсону.
	5-й сеанс	Распорядок дня. Тренинг релаксации; выработка и закрепление оптимального ритма сна и бодрствования.
	6-й сеанс	Когнитивный контроль. Тренинг релаксации; упражнения по контролю за мыслями (остановка мыслей, когнитивное переконструрирование).
	7-й сеанс	Тренинг воображения. Тренинг релаксации; тренинг позитивных представлений.
Терапия. Фаза B	8-й сеанс	Тренинг социальной компетентности. Предъявление обоснованных требований; ведение бесед.
	9-й сеанс	Формирование активного проведения свободного времени. Выработка программы самоконтроля.
	10-й сеанс	Совладание с перегрузками. Навыки решения проблем; разрешение конфликтов.
	11-й сеанс	Фединг. Составление дальнейших программ самоконтроля; завершение терапии.

Таблица 19.26

Наиболее распространенные методы психодиагностики алкоголизма

(С=метод собственной оценки, П=метод сторонней оценки)

Методы	**Содержательная постановка цели**	**Методическая характеристика**
Мюнхенский тест алкоголизма, С+П	Диагностика алкогольной зависимости	Тест-опросник, основанный на собственной оценке (24 пункта) и сторонней оценке (7 пунктов)
Краткий опросник определения риска алкоголизма	Ранняя диагностика угрозы алкоголизма	Опросник (23 пункта) для выявления физической зависимости, психических и социальных нарушений, зависимого поведения, связанного с алкоголем, и мотивации к лечению или пониманию того, что помощь необходима
Геттингенская шкала зависимости	Исследование степени зависимости	Опросник, содержащий 20 пунктов относительно 5 факторов: 1) непреодолимая потребность выпить и чрезмерное употребление; 2) физические абстинентные симптомы I; 3) психические абстинентные симптомы; 4) количество выпиваемого спиртного; 5) физические абстинентные симптомы II. Трирская шкала алкоголизма
Трирская шкала алкоголизма	Регистрация различных аспектов переживаний и поведения людей с алкогольной зависимостью в целях индикации терапевтических мероприятий	Опросник из 90 пунктов содержит 7 субшкал: 1) степень тяжести, 2) употребление алкоголя в обществе, 3) патологическое влечение к алкоголю, 4) мотивы, 5) причиняемый вред, 6) проблемы с партнером из-за пьянства, 7) пьянство из-за проблем с партнером.

Таблица 20.27

Фазы готовности к изменению у попавших в зависимость от психоактивных веществ

Фазы	Терапевтические стратегии
1. Отсутствие осознания проблемы («precontemplation»): – отсутствие понимания; – отсутствие готовности к изменению	– незначительные возможности терапевтического влияния; влияние через факторы окружающей среды (например, потеря работы, преследование законом) и внутренние факторы (эмоциональные и физические нарушения)
2. Становление проблемы («contemplation»): - самонаблюдение; – взвешивание всех «за» и «против» относительно потребления наркотиков; – наблюдение за реакцией посторонних на собственное потребление наркотиков	– содействие в самонаблюдении; подчеркивание негативных последствий потребления наркотиков и положительных последствий отказа от них; – содействие в принятии решения; – становление терапевтического альянса; – договоренность об индивидуальных целях
3. Начало лечения («action»): – готовность к лечению	– обучение навыкам и умениям, необходимым для ведения самостоятельного образа жизни без зависимости (например, релаксация, тренинг самоутверждения, навыки разрешения конфликтов); – планирование будущего (упорядочение жизни; распределение времени)
4. Поддержание лечебных целей («maintenance»): – готовность к поддержанию изменений	– содействие в минимизации риска рецидивов (наблюдение избегание критических ситуаций, тренинг навыков отказа); – навыки и умения для преодоления рецидивов
5. Рецидивы («relapse»): – длинные фазы нового злоупотребления или возникновение новой зависимости	– незначительные возможности терапевтического влияния

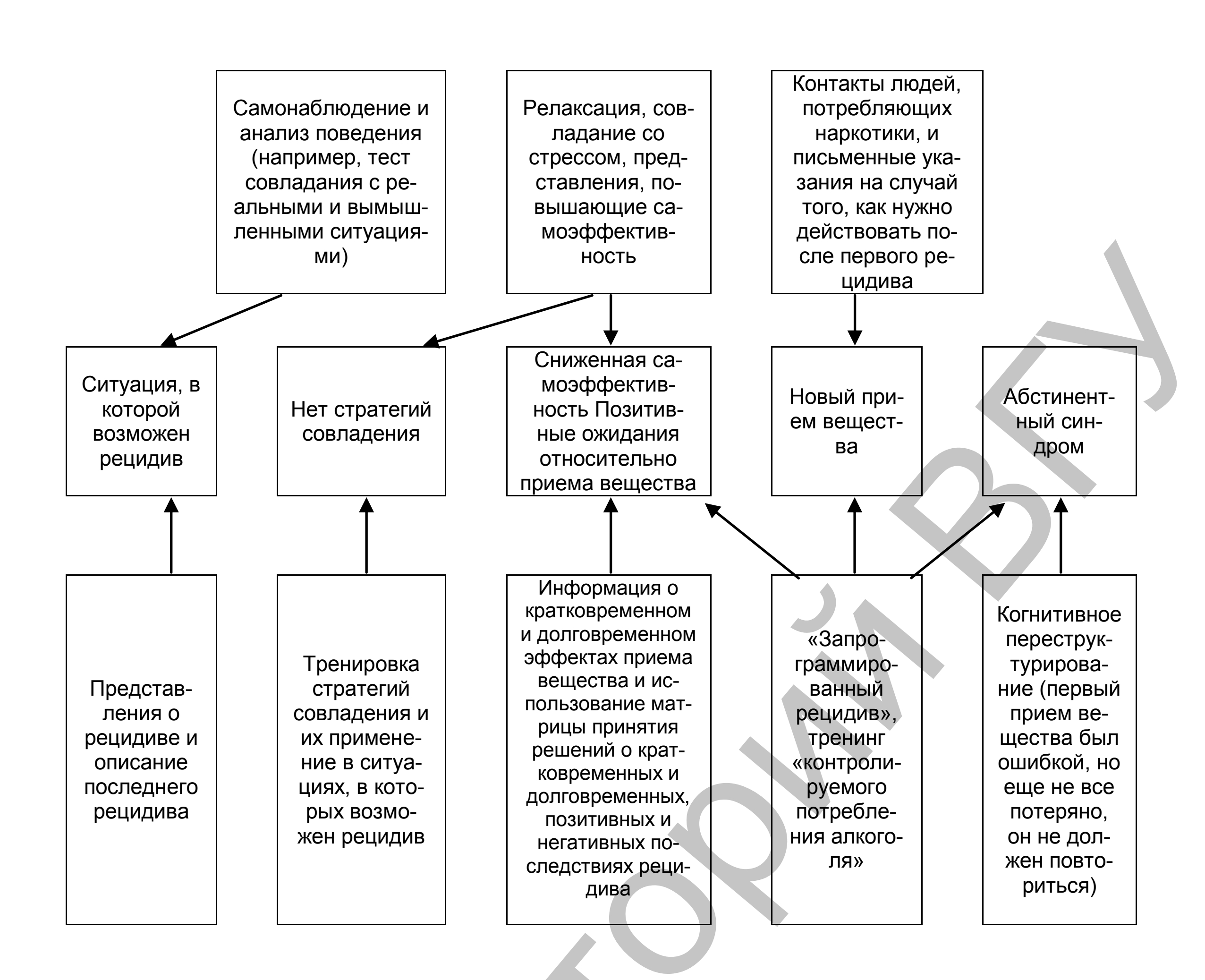

Самонаблюдение и анализ поведения (например, тест совладания с реальными и вымышленными ситуациями)
Релаксация, совладание со стрессом, представления, повышающие самоэффективность
Контакты людей, потребляющих наркотики, и письменные указания на случай того, как нужно действовать после первого рецидива
Ситуация, в которой возможен рецидив
Нет стратегий совладения
Сниженная самоэффективность Позитивные ожидания относительно приема вещества
Новый прием вещества
Абстинентный синдром
Представления о рецидиве и описание последнего рецидива
Тренировка стратегий совладения и их применение в ситуациях, в которых возможен рецидив
Информация о кратковременном и долговременном эффектах приема вещества и использование матрицы принятия решений о кратковременных и долговременных, позитивных и негативных последствиях рецидива
«Запрограммированный рецидив», тренинг «контролируемого потребления алкоголя»
Когнитивное переструктурирование (первый прием вещества был ошибкой, но еще не все потеряно, он не должен повториться)

Таблица 20.29

Лечебные учреждения для попавших в зависимость, ориентированные на абстиненцию

Фаза	Подготовка к терапии	Дезинтоксикация	Отвыкание	Обслуживание после лечения
Форма организации	Амбулаторно	Как правило, стационарно	Как правило, стационарно, все чаще амбулаторно	Как правило, амбулаторно, все чаще полустационарно
Учреждения, осуществляющие лечение	Наркологические консультации, психосоциальные консультации	Больницы общего профиля (терапевтическое отделение), специальные наркологические клиники, отделения психиатрических больниц	Терапевтические учреждения, ориентированные на психо- и социатерапию, отделения психиатрических больниц, специализированные наркологические клиники	(Терапевтические) «общежития», реабилитационные центры, наркологические консультации
Цели лечения	Консультирование/мотивация, постановка диагноза, составление плана лечения, подготовка к стационарному лечению, кратковременное лечение в случае ожидания стационарного лечения	Дезинтоксикация, диагностика и терапия сопутствующих соматических заболеваний, подготовка к отвыканию, первые психотерапевтические мероприятия	Лечение психических расстройств, профилактика рецидивов, разработка дальнейшего образа жизни, подготовка к выписке	Преодоление кризисов повседневной жизни, возможно, повторный курс с использованием методики фазы отвыкания
Продолжительность лечения	Примерно 2–10 недель; все чаще – несколько дней («терапия сразу»)	1–3 недели (пока не пройдут соматические сопутствующие заболевания)	1,5–6 месяцев (алкоголь) или 3–9 месяцев (наркотики)	3–12 месяцев
Профиль специалистов, осуществляющих лечение	Преимущественно социальные работники и дипломированные психологи, частнопрактикующие врачи-консультанты	Преимущественно врачи и младший и средний медицинский персонал, сотрудники консультаций	Социальные работники и дипломированные психологи, терапевты по месту работы, учебы и занятий спортом	В стационаре: социальные работники и дипломированные психологи; при амбулаторном лечении: см. персонал консультаций

Таблица 20.30

Цели и мероприятия в соответствии с программой стационарного лечения наркотической зависимости

Целевые сферы	Общие цели (и мероприятия)
Поведенческая сфера I Поведение, связанное с употреблением наркотиков	▪ Формирование новых альтернативных способов поведения в критических ситуациях, которые ранее могли спровоцировать на прием наркотика (ролевые игры, поэтапный контроль раздражителями с целью ограничения дискриминантных стимулов для употребления наркотиками) ▪ Мероприятия по усилению самоконтроля (скрытый контроль, тренинг «остановка мыслей», скрытая сенсибилизация)
Поведенческая сфера II Поведение в свободное время	▪ Формирование новых или поощрение существующих интересов (поэтапная программа подкрепления)
Поведенческая сфера III Поведение, связанное с работой	▪ Формирование способов поведения, способствующих нормализации профессиональной или учебной сферы жизни или учебы ▪ Подготовка к реинтеграции в профессиональную или учебную жизнь (обучающий тренинг, тренинг принятия решений, ролевой тренинг)
Поведенческая сфера IV Социальное поведение	▪ Установление новых контактов, формирование социальной уверенности и эффективного обмена подкреплениями в социальных отношениях (тренинг социальных навыков и умений, ассертивный тренинг) ▪ Улучшение коммуникативных способностей (ассертивный тренинг, коммуникативный тренинг)
Поведенческая сфера V Самоорганизация	▪ Формирование способов поведения, делающих возможной или облегчающих самостоятельную жизнь (контакты, ролевые игры)
Поведенческая сфера VI Поведение, касающееся решения проблем и принятия решений	▪ Активное преодоление проблем, продуманное принятие решений (анализ проблем и тренинг принятия решения)

Таблица 21.31

Классификация шизофренических и других психотических расстройств по МКБ-10 и *DSM*-IV (с кодами по МКБ-9-СМ)

МКБ-10		*DSM-IV* (с кодами по МКБ-9-СМ)	
F20	Шизофрения	295	Шизофрения
F20.0	Параноидальная шизофрения	295.30	Параноидальный тип
F20.1	Гебефреническая шизофрения	295.10	Дезорганизованный тип
F20.2	Кататоническая шизофрения	295.20	Кататонический тип
F20.3	Недифференцированная шизофрения	295.90	Недифференцированный тип
F20.5	Остаточная шизофрения	295.60	Резидуальный тип
F20.6	Простой тип шизофрении	_____	
F21	Шизотипическое расстройство	301.22	Шизотипические расстройства личности
F22	Хронические бредовые расстройства	297.1	Бредовые расстройства
F23	Острые и переходящие психотические расстройства	_____	
F23.0	Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении	_____	
F23.1	Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении	_____	
F23.2	Острое шизофреноформное психотическое расстройство	295.40	Шизофреноподобное расстройство
	-	295.8	Кратковременное психотическое расстройство
F25	Шизоаффективные расстройства	295.70	Шизоаффективное расстройство
F25.0	Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип	_____	
F25.1	Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип	_____	
F25.2	Шизоаффективное расстройство, смешанный тип	_____	

Таблица 21.32

Диагностические критерии шизофренических расстройств по МКБ-10

(в сокращенном виде, полностью нем версия см. Dilling et al., 1994, S. 85, 86) и DSM-IV (в сокращенном виде, полностью см. American Psychiatric Association, 1996, S. 340, 341)

	МКБ-10	**DSM-IV**
Характерные симптомы	1. «Эхо» мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость) 2. Бред влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие 3. Галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела 4. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами) 5. Постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими и не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев. 6. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы	А1. Бред А2. Галлюцинации А3. Дезорганизованная речь (например, частые сбои или разорванность) А4. Грубо дезорганизованное и кататоническое поведение А5. Негативные симптомы, т.е. уплощенные аффекты, алогичность или безволие В. Нарушения в социальной или профессиональной сфере: в таких сферах, как работа, социальные отношения и самостоятельность оказываются заметно ниже того уровня, который был характерен пациенту до возникновения расстройства

	МКБ-10	DSM-IV
	7. Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор 8. «Негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией	
Необходимое количество	По крайней мере один однозначно устанавливаемый симптом из пп. 1–4 (два или больше при неоднозначном определении симптомов) или крайней мере два симптома из пп. 5–8	По крайней мере два симптома типа А или только один, если речь идет о причудливом бреде, о комментирующих или вступающих в диалог голосах
Необходимая продолжительность	Почти постоянно в течение одного месяца или дольше	По крайней мере 6 месяцев непрерывающегося расстройства (включая продромальную и резидуальную симптоматику); наличие симптомов типа А по крайней мере в течение 1 месяца
Дифференциальный диагноз аффективных расстройств	- шизофреническое расстройство: в том случае, если шизофренические симптомы появляются перед аффективными симптомами - шизоаффективное расстройство: в том случае, если шизофренические и аффективные симптомы появляются одновременно и с одинаковой интенсивностью - в остальных случаях диагноз (аффективное расстройство)	Шизофреническое расстройство: только если аффективные симптомы появляются одновременно с острыми психотическими симптомами и длятся меньше, нежели острая и резидуальная фазы

Таблица 21.33

Примеры методов собственной оценки (С) и сторонней оценки (П) при шизофренических расстройствах

Методы	Постановка цели	Методика
Краткая психиатрическая рейтинговая шкала (П)	Обследование пациентов, проходящих стационарное лечение, по 5 параметрам психического расстройства	18 пунктов, которые оцениваются после клинического интервью
Шкала наблюдений для оценки стационарных больных (П)	Оценка поведения стационарных больных медперсоналом по 7 факторам	30 пунктов, для оценки поведения в течение последних трех дней
Шкала выявления негативных симптомов (П, С)	Регистрация шизофренической минус-симптоматики по 5 параметрам (ослабление аффекта, алогичность, апатия, ухудшение внимания, ангедония)	Наблюдение за поведением и собственная оценка во время клинического интервью (30 пунктов)
Шкала позитивных и негативных синдромов (П)	Регистрация позитивной и негативной симптоматики, а также общей психопатологии	Оценка на основе клинического интервью и поведения за последние 7 дней (30 пунктов)
Шкала параноидности и депрессивности (П)	Регистрация субъективных нарушений: 1) депрессивно-тревожной дистрофии, 2) параноидных тенденций, а также 3) отрицания болезни	Опросник из 43 пунктов
Интенциональная шкала (П)	Регистрация шизофренической остаточной симптоматики	60 пунктов, для оценки симптомов на основе поведения в течение последних двух недель
Франкфуртский опросник нарушений	Собственная оценка субъективно переживаемых нарушений и дефицитов (основные симптомы) по 10 категориям	Опросник или интервью (98 пунктов)

Таблица 21.34

Тренинг социальных навыков (Hogarty & Anderson, 1986)

Фазы	Цели	Методика
Фаза 1: стабилизация и оценка	Создание терапевтического альянса. Оценка социальных действий и способности к восприятию. Оценка способов поведения, вызывающих высокую эмоциональность	Эмпатия и создание отношений. Ролевая игра в 14 сценах. Самоотчеты и сообщения семьи о социальных действиях
Фаза 2: позитивные высказывания (в семье)	Подготовка альтернативных ответов на враждебность: комплементы, уважение, интерес к другому	Инструкция, моделирование, ролевая игра, обратная связь, домашние задания
Фаза 3: социальные действия (в семье)	Решение конфликтов с помощью улучшенного вербального и невербального поведения	Тренировка: умение выражать свои предпочтения, отказываться, критиковать и соответственно реагировать на чужие предпочтения, отказы, критику. Средства: предварительное проговаривание про себя, громкость, взгляд, жестикуляция, выражение лица
Фаза 4: социальное восприятие (в семье)	Правильное восприятие содержания, контекста и смысла сообщений	Психотерапевт обучает: понимать сообщения, выражать мысли, согласовывать намерения, адекватно реагировать и отвечать на вопросы
Фаза 5: отношения вне семьи	Развитие навыков социализации, развитие профессиональных навыков	Оценка способностей, потребностей и социальной сети. Социализация: умение поддерживать беседу и умение слушать, встречи по предварительной договоренности, активное проведение досуга; профессия: внимание, сосредоточенность, память, представления о карьере, собеседования о приеме на работу, профессиональные навыки, поведение по отношению к начальству

Таблица 21.35

Семейная терапия (Hogarty & Anderson, 1986)

Фазы	Цели	Методика
Фаза 1: создание контактов	Создание контактов с семьей и их согласие на участие в программе. Редукция вины, эмоциональности, негативных реакций на болезнь	Заключение контакта на лечение, обсуждение сложившегося кризиса и чувств по отношению к пациенту и болезни, специфические практические советы по поводу того, как можно обратить озабоченность в механизмы совладания
Фаза 2: семинар с целью тренировки навыков, помогающих препятствовать рецидиву	Более глубокое понимание болезни и потребностей пациента, социальные контакты, расширение социальной сети	Многочисленные занятия с семьей и дискуссии с ней, конкретные данные о шизофрении, конкретные рекомендации, основные коммуникативные навыки
Фаза 3: возвращение и применение	Интеграция индивида в семью, усиление супружеской или родительской коалиции, повышенная толерантность семьи к дисфункциональным простым способам поведения низкого уровня, постепенное принятие пациентом ответственности	Усиление границ между индивидом и поколениями, списки задач, решение простых проблем
Фаза 4: поддержание семейной терапии	Реинтеграция и исполнение нормальных общественных ролей (работа, школа), повышение эффективности общих семейных процессов	Нерегулярные сеансы, традиционные и эксплоративные методики

Таблица 22.36

Психологические подходы к терапии депрессивных расстройств

Терапевтический подход	Конкретная терапевтическая цель	Элементы терапии
Поведенческие подходы подход Левинсона подход Вольпе	Изменение неадекватных соотношений поведения и подкрепления Изменение негативных эмоциональных паттернов реакции	Супружеская и семейная терапия; тренинг социальных навыков; планирование активной деятельности… Систематическая десенсибилизация; ассертивный тренинг…
Когнитивные подходы подход Бека подход Селигмана	Изменение негативных когнитивных систем Изменение негативных представлений о контроле и атрибутивных тенденций	Идентификация «автоматических» мыслей и генерализованных искаженных установок, гибкие вопросы; домашние задания; протоколы мыслей и действий… Тренинг реатрибуции…
Подходы самоконтроля т совладания со стрессом подход Рема подход Маклина	Изменение неадекватных процессов самоконтроля Изменение неадекватных стратегий совладания с проблемами, особенно в социальной сфере	Тренинг самонаблюдения, самооценивания и самоподкрепления… Коммуникативный тренинг, тренинг решения проблем…
Интерперсональные подходы Подход Клермана и Вейсман	Изменение неадекватных стратегий совладания с проблемами в социальной сфере	Идентификация релевантных для проблемы эмоций и когниций, редукция или устранение неадекватных паттернов коммуникации

Таблица 23.37

Классификация тревожных расстройств по МКБ-10 и DSM-IV

Классификация МКБ-10	Классификация DSM-IV	Основные отличия
F4 Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства	**Тревожные расстройства**	В DSM-IV все рассматриваемые заболевания, за исключением помещенных в скобках, классифицируются как тревожные расстройства
F40 Фобические расстройства F40.0 Агорафобия 00 без панического расстройства 01 с паническим расстройством F40.1 Социальные фобии F40.2 Специфические (изолированные фобии) F40.8 Другие фобические расстройства F40.9 Неуточненные фобические расстройства	Агорафобия без панического расстройства Паническое расстройство с агорафобией Социальная фобия Специфическая фобия Неуточненное тревожное расстройство Неуточненные тревожное расстройство	В DSM-IV даны более подробные критерии и больше указаний для дифференциальной диагностики В DSM-IV выделено больше подтипов, особенно для фобий
F41 Другие тревожные расстройства F41.0 Паническое расстройство 00 средней тяжести 01 тяжелое F41.1 Генерализованное тревожное расстройство F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства F41.9 Неуточненные тревожные расстройства	Паническое расстройство без агорафобии Генерализированное тревожное расстройство (смешанное тревожное и депрессивное расстройство) Неуточненные тревожные расстройства Неуточненные тревожные расстройства	Если расстройство удовлетворяет критериям как агорафобии, так и панического расстройства, то симптоматическая картина классифицируется в МКБ-10 как агорафобия, а в DSM-IV как паническое расстройство
F42 Навязчивые расстройства F42.0 Навязчивые мысли или размышления F42.1 Навязчивые действия и ритуалы F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия F42.8 Другие навязчивые расстройства F42.9 Неуточненные навязчивые расстройства	Навязчивое расстройство Неуточненные тревожные расстройства Неуточненные тревожные расстройства	В DSM расстройство далее не классифицируется вместо этого выделяются подтипы по способности к инсайту
F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F43.0 Острая реакция на стресс F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство F43.2 Нарушения адаптации F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс F43.9 Неуточненные реакции на тяжелый стресс	Острое стрессовое расстройство Посттравматическое стрессовое расстройство (нарушения адаптации)	Нарушения адаптации образуют в DSM отдельную группу расстройств, не входящую в тревожные расстройства В DSM только одна резидуальная категория «неуточненные тревожное расстройство»

Таблица 23.38

Критерии для диагностики панической атаки, панического расстройства и социальной фобии согласно DSM-IV

(American Psychiatric Association, 1996, S. 456, 463, 479, 480)

Критерии для диагностики панической атаки

Обратите внимание: паническая атака не имеет своего собственного кода; кодирован специфический диагноз, в рамках которого возникают панические атаки (например, F40.01 Паническое расстройство с агорафобией).
Наличие ясно различимого эпизода сильной тревоги и дискомфорта, при котором внезапно возникает не менее четырех ниже приведенных симптомов, в течение 10 минут достигающих апогея:

1) учащенное сердцебиение или учащение пульса;
2) повышенное потоотделение;
3) легкая или интенсивная дрожь;
4) чувство нехватки дыхания или отдышка;
5) чувство удушья;
6) боль и чувство стеснения в груди;
7) тошнота или боли в желудочно-кишечном тракте;
8) головокружение, чувство неуверенности, оглушенности или чувство, близкое к обмороку;
9) дереализация (изменение восприятия окружающего мира, чувство нереальности и призрачности окружающего) или деперсонализация (чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего Я);
10) страх потерять контроль или сойти с ума;
11) страх смерти;
12) парестезии (онемение или покалывание)
13) приливы жара или озноб.

Критерии для диагностики панического расстройства с агорафобией (F40.01):

А. Одновременное наличие двух следующих признаков:
1) повторяющиеся неожиданные панические атаки;
2) после по крайней мере одной панической атаки в течение по крайней мере одного месяца длится хотя бы один из нижеследующих симптомов:
а) постоянные опасения по поводу возможного возникновения новых панических атак;
б) обеспокоенность причинами атак или их последствиями (например, потеря контроля над собой, возможность инфаркта, сумасшествия);
в) ярко выраженные вследствие атак изменения в поведении.
Б. Наличие агорафобии.
В. Панические атаки не обусловлены прямым физическим воздействием психоактивного вещества (например, наркотиков, лекарственных препаратов) или соматической болезнью (например, гипертиреозом).
Г. Панические атаки не могут быть лучше объяснены другим психическим расстройством, например социальной фобией (например, панические атаки возникают исключительно при столкновении с угрожающими социальными ситуа-

циями), специфической фобией (например, панические атаки возникают только при столкновении со специфической ситуацией), навязчивым расстройством (например, панические атаки возникают исключительно при столкновении с возможностью загрязнения при наличии навязчивого страха перед соприкосновением), посттравматическим стрессовым расстройством (например, панические атаки возникают только как реакция на раздражитель, ассоциирующийся с тяжелой стрессовой ситуацией) или тревожным расстройством, вызванным разлукой (например, панические атаки возникают как реакция на отсутствие кого-либо из близких людей или нахождение вне дома).

Критерии для диагностики социальной фобии (F40.1):

А. Ярко выраженный и устойчивых страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых индивид сталкивается с незнакомыми людьми или подвергается оценке со стороны окружающих. В таком случае индивид боится показать симптомы страха, поскольку будет чувствовать себя неловко. Обратите внимание: при оценке должно быть установлено, обладает ли ребенок соответствующими его возрасту навыками общения со знакомыми людьми, страх при этом должен проявляться не только при общении со взрослыми, но и со сверстниками.

Б. Столкновение с пугающей социальной ситуацией вызывает почти всегда непосредственную реакцию тревоги, которая может принять вид панической атаки, связанной с ситуацией или вызванной ей. Обратите внимание: у детей страх может проявляться в виде слез, припадков гнева, остолбенения или желания убежать или спрятаться.

В. Индивид осознает, что его страх преувеличен или необоснован. Обратите внимание: у детей этот критерий может отсутствовать.

Г. Пугающие социальные ситуации или ситуации, в которых оцениваются успешность, избегаются или переживаются с интенсивной тревогой.

Д. Избегающее поведение, состояние тревожного ожидания или сильное недомогание в пугающих социальных или производственных ситуациях значительно нарушают нормальный образ жизни человека, мешают его профессиональному успеху (или учебе), а также социальным воздействиям с другими людьми, или же фобия вызывает сильные страдания.

Е. У лиц младше 18 лет фобия наблюдается по крайней мере в течение 6 месяцев.

Ж. Тревога или избегание не обусловлены прямым физическим воздействием психоактивных веществ (например, наркотиков, лекарственных препаратов) или соматической болезнью и не могут быть лучше объяснены другим психическим расстройством (например, паническим расстройством с агорафобией или без нее, тревожным расстройством, вызванным разлукой, дисморфофобическим расстройством, значительным нарушение развития или шизоидным расстройством личности).

И. Если налицо соматическая болезнь или другое психическое расстройство, то они не находятся во взаимосвязи со страхом, описанием в критерии А, например во взаимосвязи со страхом перед заиканием, дрожанием при болезни Паркинсона или перед патологическим пищевым поведением при нервной анорексии или нервной булимии.

Таблица 23.39

Соматические симптомы соматизированного расстройства (F45.0) по МКБ-10

(Dilling et al., 1994, S. 131)

Желудочно-кишечные симптомы: (1) боли в животе; (2) тошнота; (3) вздутие живота (метеоризм); (4) неприятный вкус во рту или сильно обложенный язык; (5) жалобы на рвоту или отрыжку после еды; (6) жалобы на частые приступы поноса или самопроизвольный выход жидкости из ануса. *Сердечно-сосудистые симптомы:* (7) одышка без какого-либо напряжения; (8) боли в груди. *Мочеполовые симптомы:* (9) дизурия или жалобы на частое мочеиспускание; (10) неприятные ощущения в области половых органов; (11) жалобы на необычное или обильное менструальное кровотечение. *Кожные или болевые симптомы:* (12) жалобы на появление пятен на коже или изменение ее цвета; (13) боли в конечностях и суставах; (14) неприятное онемение или покалывание.

Таблица 23.40

Цели индивидуального и группового тренинга для социально неуверенных детей

Индивидуальный тренинг	Групповой тренинг
▪ Осознание социальной тревоги и неуверенности	▪ Проявление позитивных чувств и радости
▪ Повышение чувствительности к восприятию процесса взаимодействия	▪ Осуществление собственных требований и осознание требований других
▪ Рефлексия ожиданий относительно поведения других	▪ Способность устанавливать контакт; умение воспринимать критику и адекватно ее перерабатывать
▪ Рефлексия собственных социальных страхов или социальной неуверенности	▪ Достижение адекватного самоутверждения
▪ Формирование критериев для оценки социального поведения	▪ Понимание социального контекста
▪ Формирование альтернативных способов поведения	▪ Проявление негативных чувств и умение высказывать критические замечания

Таблица 24.41

Психосексуальные функциональные расстройства
(по DSM-IV и с указанием кода МКБ-9-СМ и МКБ-10)

Фаза	Женщина	Мужчина
Влечение - задержка - эксцесс - аверсия	 Отсутствие или потеря сексуального влечения (302.71; F52.0) (МКБ: повышенное половое влечение; F52.7) Сексуальная аверсия (302.79; F52.10)	 Отсутствие или потеря сексуального влечения (302.71; F52.0) (МКБ: повышенное половое влечение; F52.7) Сексуальная аверсия (302.79; F52.10)
Возбуждение	Расстройство сексуального возбуждения (302.72; F52.2) Вагинизм (306.51; F52.5) Диспареуния (302.76; F52.6)	Расстройство сексуального возбуждения (302.72; F52.2)
Оргазм	Женское расстройство оргазма (302.73; F52.3)	Мужское расстройство оргазма (302.74; F52.3) Преждевременная эякуляция (Ejaculatio Praecox) (302.75; F52.4)

Таблица 24.42

Методы интервенции,
относящиеся к специфическим фазам развития:

Ликвидация симбиотической связи:

- демонстрация обоюдной агрессии;
- предписание ссоры;
- содействие отграничению партнеров друг от друга;
- обобщение симбиотических признаков;
- ритуал уничтожения зависимости от первичной семьи.

Ликвидация враждебной нерасторжимой связи:

- новая интерпретация агрессии;
- ведение разговора через психотерапевта (триангуляция);
- прерывание невербальной коммуникации;
- введение правил спора и границ нанесения возможных обид;
- обучение умению прощения;
- предписание контролируемого спора;
- когнитивное переструктурирование и юмор;
- ситуации переноса.

Содействие автономии:

- раздельная и совместная деятельность;
- фантазии о возможной разлуке;
- конструктивная разлука;
- тренинг решения проблем;
- содействие совместным контактам с внешней средой

КРАТКИЙ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ[4]

1. *Абдоминальные расстройства* – расстройства органов брюшной полости.
2. *Абстиненция* – (лат. abstinentia – воздержание) – состояние, возникающее в результате внезапного прекращения приема веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость; характеризуется психическими, вегето-соматическими и неврологическими расстройствами.
3. *Абсцедирование* – образование абсцесса.
4. *Адаптация* – процесс приспособления организма к изменяющимся условиям существования.
5. *Агнозия* – (лат. agnosia) – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств.
6. *Аллергия* – (allergia, греч. allos – другой, иной + ergon – действие) – состояние измененной реактивности организма в виде повышения его чувствительности к повторным воздействиям каких-либо веществ.
7. *Анемия* – (an + греч. haima – кровь; син. малокровие) – состояние, характеризующееся снижением гемоглобина и уменьшением количества эритроцитов.
8. Анопсия – (греч. anopsia) – отсутствие или дефект зрения.
9. *Анорексия* – упорный, обусловленный психическим заболеванием, отказ от пищи, сопровождающийся исхуданием.
10. *Апоплексия* – быстроразвивающееся кровоизлияние в какой-либо орган.
11. Апраксия – (греч. aprazia) – нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений.
12. *Артериосклероз* – уплотнение и утолщение стенок аорты с утратой ими эластичности в результате разрастания фиброзной ткани.
13. *Астения* – (asthenia – слабость сил) – состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, быстрой сменой настроения и др., нарушением состояния психики.

---

[4] Толкование слов здесь и далее дано по Энциклопедическому словарю медицинских терминов. М., 1982.

14. *Атоксия* – (греч. ataxia – беспорядок, отсутствие координации) – нарушение движений, проявляющееся расстрйостовм их координации.
15. *Атеросклероз* – (атеро + склероз) – хроническая болезнь, характеризующаяся липоидной инфильтрацией внутренней оболочки артерии эластического и смешанного типа с последующим развитием в их стенке соединительной ткани, клинически проявляется общими или (и) местными расстройствами кровообращения.
16. *Аутопластическая картина болезни* – картина субъективного восприятия больным своего заболевания.
17. *Брадикардия* – (bradicardia) – пониженная частота сердечных сокращений.
18. *Булимия* (волчий аппетит) – патологическое резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе.
19. *ВИЧ* – вирус иммунодефицита человека.
20. *Гематурия* – окрашивание мочи в красный цвет вследствие наличия примесей в ней кровяных пигментов.
21. *Гемодиализ* – метод коррекции водно-электролитного и кислородно-щелочного равновесия и выведения различных вредных веществ из организма.
22. *Гемианопсия* – (греч. hemianopsia) дефект поля зрения, локализующийся в одной половине поля зрения каждого человека.
23. *Гемофилия* – наследственная болезнь, проявляющаяся в недостаточности свертывания крови.
24. *Гепатит* – (hepatitus; гепат + ит) – воспаление печени.
25. *Гериатрия* – область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возрастов, разрабатывающая методы их диагностики, профилактики и лечения.
26. *Гипервентиляция* – (гипер + вентиляция; син. гиперпноэ) – избыточная по отношению к уровню обмена легочная вентиляция, обусловленная глубоким и частым дыханием и приводящая к сниженному напряжению углекислоты и повышенному напряжению кислорода в крови.
27. *Гипертония* – (hipertonia: гипер + греч. tonos – напряжение) – 1) увеличенный тонус мышцы или мышечного слоя стенки полого органа, проявляющийся их повышенным сопротивлением растяжению; 2) гипертензия – повышенное давление в сосудах, полых органах или в полостях организма.
28. *Гипотония* – пониженное гидростатическое давление в сосудах, полых органах или полостях организма.

29. *Декомпенсация* – недостаточность или срыв механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма.
30. *Десенсибилизация* – (de+sensibilisati) – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, понижающих чувствительность организма к аллергену.
31. *Депрессия* – состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности; сочетаются с двигательными и другими расстройствами (падение аппетита, изменение ритма сердечной деятельности).
32. *Дерматомикозы* – (dermato + mikos) – болезни кожи, грибковые, группа микозов, при которых в основном поражаются кожа и ее придатки.
33. *Детерминация* – (ограничение, определение) – возникновения качественного своеобразия частей развивающегося организма, предшествующих появлению морфологически различимых закладок тканей и органов.
34. *Диабет (сахарный)* – (болезнь сахарная, мочеизнурение сахарное) – диабет, обусловленный абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, вызывающего нарушение обмена веществ; углеродного обмена.
35. *Диастолическое (АД)* – минимальное артериальное давление, когда оно достигает минимальной величины на протяжении сердечного цикла.
36. *Дистония* – патологическое изменение тонуса.
37. *Дископатии* – общее название болезней неясной этиологии, клинически проявляющихся признаками поражения межпозвонковых дисков при отсутствии морфологических изменений в них.
38. *Диспареуния* – (dispareunia) – общее название половых расстройств у женщин.
39. *Диссимуляция* – (dissimulatio – сокрытие) – утаивание заболевания или отдельных симптомов с целью ввести в заблуждение относительно своего физического или психического состояния.
40. *Дорсальные отделы* – (лат. dorsum – спина) – спинной, относящийся к спине, тыльный.
41. *Иатрогения (ятрогения)* – заболевание, порожденное неосторожными поступками врача или медперсонала, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного.
42. *Импотенция* – половое бессилие, неспособность мужчины совершать полноценный половой акт.

43. *Инсульт* – (лат. insulto – наскакивать, нападать) – вызванное патологическим процессом острое нарушение кровообращения в головном или спинном мозге с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы.
44. *Инсулин* – гормон (белково-пептидный), регулирует утилизацию глюкозы в организме путем активизации гексокиназ, стимуляции образования гликогена и подавления глюконеогенеза.
45. *Инфаркт* – (infarctum – начинять, набивать) – участок органа или ткани, подвергшийся некрозу вследствие внезапного нарушения его кровоснабжения.
46. *Ипохондрия* – угнетенное состояние, болезненная мнительность, навязчивая идея болезни, болей в разных областях тела.
47. *Иррадиировать* – распространяться.
48. *Клиника* – (clinica) – 1) искусство врачевания; 2) специальное лечебно-профилактическое учреждение.
49. *Канцерогенные (вещества)* – вещества, обладающие способностью вызывать развитие опухолей.
50. *Кардиофобия* – навязчивый страх, боязнь смерти от сердечного приступа.
51. *Кариес* – (лат. caries – гниение) – процесс разрушения костной ткани на ограниченном участке.
52. *Коитус* – (cotius) – генитальный контакт двух индивидуумов.
53. *Коронарные (артерии)* – относящиеся к венечным артериям сердца.
54. *Коллапс* – остро развивающаяся сердечная недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующей крови; проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций организма.
55. *Кома* – (coma; греч. kōma – глубокий сон) – состояние глубокого угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством жизненно важных функций организма.
56. *Конгруэнтность* – (лат.congruens) – соразмеренный совпадающий.
57. *Лейкемия* – (leucosis; лейк + оз; син. белокровие) – общее название опухолей, возникающих из кроветворных клеток и поражающих костный мозг.
58. *Лейкоциты* – (leucocytus; лейко + cytus – клетка) – белые кровяные тельца, форменный элемент крови, имеющий ядро.

59. *Лимфоциты* – (lymphocytus; лимфо + cytus – клетка) – незернистый лейкоцит небольшого размера с эксцентрично расположенном ядром, которое занимает большую часть клетки, и базофильной цитоплазмой. Л. продуцируются в селезенке, лимфоузлах, костном мозге; принимают участие в иммунологических реакциях.
60. *Люмбалгия* – (lumbalgia; люмб + algos – боль) – общее название продолжительных болей в пояснично-крестцовой области, обусловленных раздражением нервов, нервных корешков или мышц.
61. *Метастазы* – (metastasis, греч. перемещение) – очаг опухолевого или воспалительного процесса, развивающийся в результате переноса патологического материала (клеток, микроорганизмов и т.д.) из другого очага этого процесса в том же организме.
62. *Нейродермит* – (neurodermitis – нерма + греч. derma – кожа) - нейродерматоз, характеризующийся зудом и мелкими папулезными высыпаниями, имеющими тенденцию к слиянию и образованию очагов механизации.
63. *Нозофильный* – (нозо + филиа – любовь, склонность) – сверхценная идея о наличии того или иного заболевания с вытекающими из нее представлениями о способах лечения и самолечения.
64. *Нозофобный* – (нозо + фобия) – навязчивый страх, боязнь заболеть. Сверхценная идея о наличии того или иного заболевания с вытекающим из нее представлением о способах лечения и самолечения.
65. *Оргазм* – (orgasmus) – высшая степень сладострастного ощущения, возникающая в момент завершения полового акта.
66. *Онихомикозы* – (onichomykosys) – поражение ногтей, вызванное паразитическими грибками.
67. *Парадонтоз* – (parodontosis) – преждевременная атрофия альвеол, характеризующаяся воспалением десен и расшатыванием зубов.
68. *Патопсихология* – (пато + психология) – область психологии, изучающая расстройства психических процессов.
69. *Патогенез* – (греч. – patos - страдание) – раздел патологии, изучающий все биологические механизмы возникновения и развития патологических процессов, болезней.
70. *Полиурия* – (поли + греч. uros – моча) – повышенное выделение мочи.

71. *Преканцерозное состояние* – (praecancer – предопухолевое состояние) – общее название врожденных или приобретенных изменений, на основе которых возможно возникновение опухоли.
72. *Преморбидное состояние личности* – состояние организма на грани здоровья и болезни, могущее перейти в выраженную форму какой-либо болезни, либо через некоторое время закончится нормализацией функций организма.
73. *Протеинурия* – (proteinuria; протеины + греч. uron – моча) – повышенное содержание белка в моче.
74. *Психосоматика* – (психо + греч. soma) – направление медицинских исследований, направленное на изучение психических факторов в возникновении заболевания, применение психоанализа к лечению заболевания.
75. *Релевантный* – (англ. relevant – существенный, соответственный (по смыслу)).
76. *Ремиссия* – (remissio – ослабление) – этап течения болезни, характеризующийся ослаблением ее проявления или исчезновением.
77. *Рецидив* – (recidivum – возвращающийся) – повторное появление признаков болезни после ремиссии.
78. Ригидность – (лат. regidus) -негибкость, неподатливость, оцепенелость, обусловленная напряжением мышц.
79. *Ринит* – воспаление слизистой оболочки полости носа.
80. *Сахарный диабет* – см. Диабет.
81. *Свищ* – (fistula) – отсутствующий в норме канал, выстланный грануляционной тканью или эпителием и соединяющий полости, а также полые органы с внешней средой или между собой.
82. *Симуляция* – (лат. simulatio – притворство) – имитация человеком симптомов болезни, которой у него нет.
83. *Скотома* – (греч. scotoma) – дефект поля зрения.
84. *Синусит* – воспаление слизистой оболочки одной или нескольких околоносовых пазух.
85. *Систолическое АД* – максимальное кровяное давление, когда оно достигает наибольшей величины на протяжении сердечного цикла.
86. *Соматические (расстройства)* – возникновение болезней внутри органов в результате психических расстройств.
87. *СПИДофобия* – страх инфицирования вирусом СПИДа на фоне возникновения одного или нескольких симптомов (лихорадка,

увеличение лимфоузлов, отсутствие аппетита, снижение массы тела и др.).

88. *Суицид* – (suicidium) – самоубийство, т.е. умышленное лишение себя жизни.
89. *Трансплантация* – (лат. transplantatio – пересадка) – замещение тканей или органов, отсутствующих или поврежденных патологическим процессом, собственными тканями или органами либо взятыми из другого организма.
90. *Трихофития* – (trichophytia) – дерматомикоз, вызываемый паразитическими грибками рода трихофитон.
91. *Тромбоз* – (thrombosis; тромб + оз) – процесс образования тромба (тромбов).
92. *Уретрит* – (urethritis; уретр + ит) – воспаление мочеиспускательного канала.
93. *Урология* – (уро + греч. logos – учение, наука) – область клинической медицины, изучающая болезнь органов мочевой системы, а у мужчин – и половой системы, разрабатывающая методы их диагностики, лечения, профилактики.
94. *Фобии* – (phobia – страх, боязнь) – навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни кого-либо или чего-либо.
95. *Фригидность* – (лат. frigiditas) – половая холодность.
96. *Фрустрация* – (лат. frustratio – обман) – 1)в психологии – состояние психики, возникающее у человека в результате осознания крушения надежд и проявляющееся состоянием подавленности, напряжения, тревоги; 2) в сексопатологии – эрекция, сопровождающаяся эротическим возбуждением, но не завершаемая эякуляцией.
97. *Фурункулез* – (furunculosis; фурункул + оз) – стафилодермия, характеризующаяся появлением множественных фурункулов, возникает на фоне нарушений обмена веществ.
98. *Холестерин* – вещество из группы стеринов, содержащееся во всех тканях организма человека и животных.
99. *Церебральные нарушения* – нарушения в деятельности головного мозга.
100. *Цирроз* – разрастание фиброзной ткани в паренхиматозном органе, сопровождающееся перестройкой его структуры и сморщиванием.
101. *Экзема* – рецидивирующий нейроаллергический дерматоз, характеризующийся развитием серозного воспаления сосочкового слоя

дермы, проявляющийся зудящей сыпью (везикулы, папулы, эритема и др.)

102. *Экстрасистолия* – форма нарушения ритма сердца, характеризующаяся появлением экстрасистол, встречается при всех видах поражения миокарда, а также при расстройствах регуляции функции сердца без поражения миокарда.
103. *Эксцессы* – 1. Крайнее проявление чего-нибудь, преимущественно от излишеств, невоздержанности в чем-либо. Чувственные эксцессы. 2. Нарушение общественного порядка.
104. *Эмпатия* – (греч. empathia) – ощущение понимания и сопереживания психологического состояния другого человека.
105. *Энтерит* – воспаление слизистой оболочки тонкой кишки.
106. *Энурез* – ночное недержание мочи.
107. *Эпидемиология* – медицинская наука, изучающая закономерности эпидемического процесса и разрабатывающая методы борьбы с инфекционными болезнями человека.
108. *Эпидермис* – поверхностный слой кожи, состоящий из многослойного плоского ороговевающего эпителия.
109. *Эпикриз* – суждение о диагнозе, причинах, патогенезе заболевания и результатах его лечения, производимое после окончания лечения или его плана и фиксируемое в медицинском документе.
110. *Эрекция* – (лат. erigo) – увеличение полового члена в объеме с резким повышением его упругости.
111. *Эритроциты* – безъядерный форменный элемент крови, содержащий гемоглобин.
112. *Этиология* – (этио + греч. logos – учение, наука) - 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.
113. *Эякуляция* – выделение семенной жидкости из мочеиспускательного канала при коитусе.
114. *Ювенильный* – относящийся к детскому, юношескому возрасту, не достигший половой зрелости.

ОСНОВНАЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека. – М., 1991.
2. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М., 1975.
3. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – М., 1980.
4. Вислобокова Н.С. Болезнь и ее психоврачевание. – Мн., 2004.
5. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации // I Всеукраинский психоневрологический съезд: тезисы. – 1934.
6. Выготский Л.С. Основы общей дефектологии // Дефект и компенсация: собр. соч. – Т. 5.
7. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства: собр. соч. – Т. 5.
8. Зейгарник Б.В. Патология мышления. – М., 1962.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986.
10. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1971.
11. Зейгарник Б.В. Теория личности Курта Левина. – М., 1981.
12. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
13. Киященко Н.К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. – М., 1973.
14. Киященко Н.К., Московичюте Л.И. Мозг и память. – М., 1975.
15. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. – М., 1988.
16. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М., 1978.
17. Клиническая психология / под ред. М. Пере, У. Бауманна. – СПб.: «Питер», 2002.
18. Лебединский В.В. Роль асинхронии развития в формировании патопсихологических симптомов детской шизофрении // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. – 1980. – № 1.
19. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.
20. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. – Л., 1983.
21. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М., 1969.
22. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. – М., 1970.
23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М., 1973.

24. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти: в 2 т., 1974. –Т.1; 1976. – Т. 2.
25. Лурия А.Р., Зейгарник Б.В., Поляков Ю.Ф. Психология и ее роль в медицине // Вопр. психологии. – 1978. – № 1.
26. Лурия А.Р., Зейгарник Б.В., Поляков Ю.Ф. Применение психологической теории в клинической практике // Ж-л невропатологии и психиатрии. – 1974. – Вып. 12.
27. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – М., 1960.
28. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.
29. Поляков Ю.Ф. Здравоохранение и задачи медицинской психологии // Психол. журн. – 1984. – № 2.
30. Поляков Ю.Ф. Психология и психиатрия // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1971. – № 6.
31. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – 1974.
32. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1970.
33. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. – М., 1980.
34. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – 1989.
35. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. – М., 1988.
36. Тонконогий И.М. Введение в клиническую нейропсихологию. – Л., 1973.
37. Хомская Е.Д. Мозг и активация. – М., 1972.

Дополнительная литература

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – 1975.
2. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – 1978.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития. – 1985.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – 1969.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – 1987.
6. Поляков Ю.Ф. Здравоохранение и задачи медицинской психологии // Психол. журнал. – 1984. – № 2.
7. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. – 1980.
8. Тонконогий И.М. Введение в клиническую нейропсихологию. – 1973.